



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2016

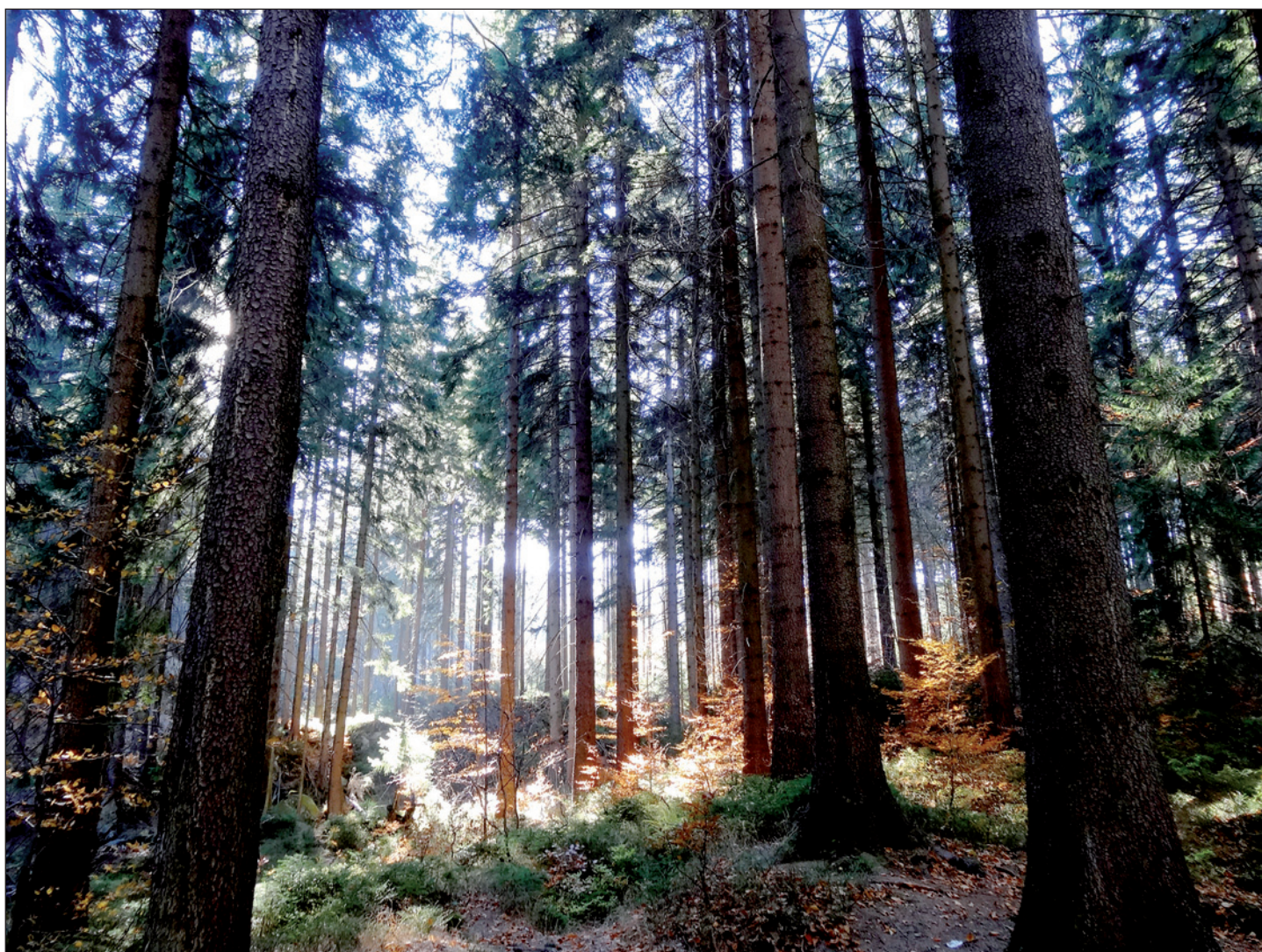
ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 240

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Janusz Lewandowski

W NIESKOŃCZONOŚĆ

Alpinista ma być niski i krępy – pisał w 1796 roku Baltazar Hacquet. – *Takiemu wystarczy suszone mięso, kawalek sera, sok pomidorowy i może zdobywać szczyty. Wysoki zaraz złamie nogę, nie zmieści się na półce skalnej albo zaczepi nosem o wystającą krawędź. A zbuduj mu igloo! Z kobietami jest jeszcze gorzej. Powinny siedzieć w domu, bo na wierzchołkach niczego dobrego nie wróżą.* Tego samego zdania był Jerzy Kukuczka (wprost stworzony do wspinaczki ze swoimi 166 centymetrami wzrostu i lekkim brzuszkiem poprawiającym stabilność); na himalaistki mówił kobietony, babozwierzaki i konie. – *Zjedzą więcej, niż mogą unieść na plecach!* – martwił się pod Lhotse. – *I przynoszą pecha.* Najlepiej przygotowana wyprawa



może się nie udać, kiedy przyłączą się baby. Góry ich nie lubią, wysyłają do stu diabłów, straszą lawinami i luzują poręcze. Niech no tylko jakaś damulka pojawi się na horyzoncie, zaraz wpadają w złość, grymaszą i kryją się w chmurach, ponadto zasłaniają wejścia do jaskiń, myślą ścieżki i zacierają ślady. – *Skąd taki niepokój na widok kobiet?* – spytał ktoś. – *Wierchy nie chcą być ujarzmione przez słabą pleć.*

Bartosz Posacki wymyślił niedawno „Północ” – krainę, gdzie biel występuje w nadmiarze, gdzie kry wolno dryfują po wodzie, a zaspy śnieżne przypominają kamienice w Lanckoronie (te wielkie bramy wjazdowe dla bryczek i wozów drabiniastych). Wrota śnieżnych domów są zawsze otwarte i obiecują wytchnienie, mały pokój, zupełnie jak ptasie gniazdo, w sam raz na odpoczynek. – *Wejść, przechodniu, i zmruż oczy* – roznosi się po pustkowiu. – *Odetchnij, zapomnij o*

głodzie i odmrożonych stopach. Jak nie przyjąć takiego zaproszenia? Szczególnie, że polarne wydmy otacza czar tajemnicy, sprawiają wrażenie zamieszkałych, oswojonych, jakby ktoś (może anioł stróż, który posiadał część duszy świata) stale palił tam ognisko i parzył miętę dla zagubionych wędrowców.

Samotnik z „Północy” mógłby chyba zdobyć Koronę Ziemi: jest niewysoki, za to przysadzisty, wygląda na krzepkiego i wytrzymałego. Maszeruje, zasłaniając się przed lodem, bo ostre bryłki tną mu twarz, wbijają się w policzki, wargi i nakrapiają czoło. Idzie skulony jak zranione zwierzę, wypatruje szczelin, załamań i uskoków, pamięta o tym, by nie trwonić sił,

porusza się wolno, krok za krokiem, ale bez ustanku (*Kto się ociąga, ten śmierć przyciąga* – mówią przecież alpinści). On jednak nie przypomina uczestnika wyprawy na K2, to nie wycieczkowicz z klubu „Górskich szaleńców”, który chce być jak Anatolij Burkiejew i wspiąć się na ośmiotysięczniki bez wspomagania tlenem. Pewnie nie wyda poradnika:

„Himalaje w zasięgu ręki” albo „Z dolin na szczyt”. Wędruje w dziurawych spodniach, postrzępionym płaszczu i trzewikach, nie ma kasku, kurtki puchowej ani gogli od Kjusy.

A może to wygnaniec, który wcale nie chciał mierzyc się z obcym, nie szukał skrajnych doznań, mistycznych uniesień na lodowcach. Nawet nie lubi zimy, pielęgnował palmy i figowce, kibicował miejscowej drużynie piłki ręcznej i grał na klawirze, ale skazano go na poniewierkę. Sprzedał więc suzuki, kupił sanki, postawił na nich żeliwną kozę i poszedł. Dokąd zmierzają? W nieskończoność.

„Północ” Bartosza Posackiego wyróżniono Grand Prix na Salonie Jesiennym 2016.

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się „Magazynku” Gazety Wyborczej.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



Przed Wami październikowy numer Biuletynu. Przez ostatnie 4 miesiące trochę się zaburzył rytm wydawania naszego Biuletynu, ale w ten sposób dostosowaliśmy się do rytmu wydawniczego „Gazety Lekarskiej”, by ponosić mniejsze koszty kolportażu.

Ale wreszcie mamy normalny numer jednomiesięczny. Znajdziecie w nim szereg „gorących” tematów – zwłaszcza dotyczących nowych przepisów receptowych (tych w wydaniu NFZ) oraz niezrozumiałego postępowania CEM-u w sprawie pytań egzaminacyjnych. Radzę uważ-

nie przeczytać ten pierwszy materiał, bo zawiera szereg istotnych informacji i wskazówek dla każdego lekarza wypisującego leki refundowane.

Po raz kolejny zaprezentują się nasi Koledzy z OCO ze swoją pracą (bardzo ciekawy materiał). Będzie również specjalnie dla naszego Biuletynu napisany przez Méc. Rafała P. Janiszewskiego tekst o imporcie docelowym.

Poza tym znajdziecie również kilka interesujących materiałów „z Polski”. Pozostawiając Was z lekturą, żegnam się do następnego już bardzo jesiennego numeru.

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy,

Po wielu miesiącach przygotowań wreszcie ruszył remont siedziby Izby. Ma być skończony w połowie przyszłego roku. Remont siedziby wymuszony został stanem technicznym budynku. Kolejne kontrole, sprawdzające funkcjonowanie różnych mediów, wykazały, że instalacje te wymagają unowocześnienia. Okręgowa Rada Lekarska zdecydowała, że remont obejmować będzie nie tylko to, co z punktu widzenia technicznego musi być zrobione, ale także to, co pozwoli na usprawnienie pracy Biura. Ponadto wyzwaniem był brak dostępu do budynku dla osób niepełnosprawnych.

Przez te kilkadziesiąt tygodni praca biura będzie musiała być modyfikowana w zależności od frontu prac remontowych. Być może czasowym „przemieszczeniem” będą musiały podlegać poszczególne komórki Biura. Być może pewnym zmianom i ograniczeniom będzie podlegał czas pracy tych komórek. Dołożę jednak, razem z wszystkimi pracownikami Izby, wszelkich starań, abyście tego faktu w czasie załatwiania spraw izbowych zbyt mocno nie odczuli. Wszystkie informacje na temat zmian, które będą istotne dla osób, chcących coś załatwić w Biurze, będą zamieszczane na stronie www Izby.

Koszt prac remontowych wymusza zaciągnięcie kredytu bankowego. Przypominam, że ostatni Okręgowy Zjazd Lekarzy upoważnił Okręgową Radę Lekarską do wzięcia kredytu w kwocie 2,5 mln złotych. Przygotowując plan finansowy na remont założyliśmy, że koniecz-

ność zaciągnięcia kredytu nie może ograniczyć wydatków Izby, związanych z organizowaniem szkoleń, udzielaniem pożyczek szkoleniowych oraz zapomóg losowych. Jakies jednak zmiany w dotychczasowym wydatkowaniu pieniędzy muszą być (miesięczne raty kredytu będą oscylowały w granicach 10–12 tys. złotych), dlatego w czerwcu Rada zadecydowała o czasowym zawieszeniu uchwały o wspieraniu finansowym udziału członków Izby w zawodach sportowych rangi mistrzowskiej. W tym miejscu proszę te Koleżanki i Kolegów, którzy realizują swoje sportowe pasje, o zrozumienie. Mam nadzieję, że okres tego zawieszenia nie będzie zbyt długi – na pewno po roku spłacania kredytu nowa kalkulacja finansowa zostanie przeprowadzona.

Słowa te piszę w połowie września, a więc tuż przed rozpoczęciem stażu podyplomowego, przez kolejny rocznik absolwentów uczelni medycznych. I muszę stwierdzić, że sytuacja wróciła do normy – będziemy mieli w województwie ok. 20 lekarzy-stażystów, tak jak to było w poprzednich latach, za wyjątkiem roku ubiegłego (absolwenci rocznik 2015), kiedy to było ich 70. Jestem bardzo ciekaw, ilu z nich znajdzie miejsca specjalizacyjne na Opolszczyźnie i ilu z nich po zdaniu PES zostanie tu na stałe. Będzie to naprawdę bardzo dobry poligon sprawdzający, czy idea kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Opolskim (a ostateczna pozytywna decyzja ministerialna już zapadła) była czymś więcej, niż tylko ambicją władz uczelni i władz województwa.

Jerzy JAKUBISZYN



Znak: DGL.4450.119.2016 Warszawa, 09.08.2016 r.

Pan**Maciej Hamankiewicz Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej****Szanowny Panie Prezesie**

Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty, które zostało przygotowane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz art. 48 ust. 2a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), określa się zasady postępowania przy uzyskaniu uprawnienia do pobierania numerów recept, przez osoby uprawnione na mocy ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991).

Na mocy obowiązujących przepisów dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są zobowiązani do nadawania unikalnych numerów identyfikujących recepty. Zadanie to jest realizowane z wykorzystaniem systemów informatycznych Funduszu poprzez Portal NFZ, zgodnie z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szczegółowe informacje dla wszystkich osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, zostały przedstawione i opublikowane na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia komunikatem, który wskazuje sposób postępowania w tym obszarze. Oddziały wojewódzkie oraz Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia pozostają w ciągłej gotowości do udzielania wszelkich informacji osobom uprawnionym.

Wychodząc naprzeciw potrzebom lekarzy, Wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept

oraz Wniosek o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ, będą mogły być złożone do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia drogą elektroniczną, jeśli wniosek będzie złożony za pośrednictwem platformy ePUAP lub wniosek będzie prawidłowo podpisany podpisem elektronicznym. Funkcjonalności takie zostaną udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w najbliższym czasie.

Mając na względzie szeroki zakres informacji związanych z omawianym procesem, w załączeniu przekazuję „Komunikat dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych w sprawie ubiegania się o nadanie numerów recept z wykorzystaniem Portalu NFZ”, z nadzieją na dobrą i owocną współpracę, zarówno na szczeblu centralnym jak i wojewódzkim w tym zakresie.

Z poważaniem

*po Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępcą Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna*

* * *

KOMUNIKAT

**dla osób uprawnionych do wystawiania
recept na leki, środki spożywcze specjalnego
przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby
medyczne refundowane ze środków publicznych
w sprawie ubiegania się o nadanie numerów
recept z wykorzystaniem Portalu NFZ**

Komunikat skierowany jest do osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, z wyłączeniem lekarzy/lekarzy dentyków/felczerów ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarek/położnych ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej osobami uprawnionymi do wystawiania recept.

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że od początku sierpnia br. osoby uprawnione do wystawiania recept mogą uzyskać uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane na podstawie wniosku w postaci papierowej oraz w postaci elektronicznej, przekazywanego do właściwego oddziału Funduszu za pośrednictwem Portalu Personelu i Portalu Personelu-SNRL.

Udostępnione i zmodyfikowane aplikacje informatyczne z nową funkcjonalnością stanowią część Portalu NFZ i są dedykowane głównie dla pracowników medycznych.

Aplikacje informatyczne będą umożliwiały osobom uprawnionym do wystawiania recept:

- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o utrzymanie uprawnień do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept, które wygasają z dniem 31 grudnia 2016 r.,
- przygotowanie i wydrukowanie oświadczenia o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept z jednoczesnym wnioskiem o utrzymanie, bądź nie, dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnień do pobierania numerów recept po rozwiązaniu umowy upoważniającej,
- przekazanie w postaci elektronicznej wniosku o aktualizację danych,
- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o dostęp do Portalu Personelu,
- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane,
- pobieranie puli numerów recept na leki refundowane.

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 poz. 45.271 z późn. zm.);
2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652);
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2016 poz. 62);
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2015 poz. 1971);
6. Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia;
7. Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Szczegółowe informacje dla osób uprawnionych do wystawiania recept

Wszystkie osoby uprawnione do wystawiania recept powinny zapoznać się z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza „Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych” oraz wzór wniosku o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ.

Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. określa tryb i sposób nadawania numerów recept oraz tryb uzyskiwania uprawnienia do pobierania numerów recept po zniesieniu obowiązku zawierania umów upoważniających do wystawiania recept.

I. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL, będą miały możliwość z wykorzystaniem Portalu Personelu przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wnioski o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

W ślad za przekazaniem wersji elektronicznej wniosku o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept należy wysłać lub przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu podpisany wniosek w postaci papierowej. Złożenie wniosku w postaci papierowej we właściwym oddziale Funduszu umożliwi utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept.

Przypominamy, że termin wygaśnięcia umów upoważniających upływa z dniem 31 grudnia 2016 r. Przekaz-

zywanie wniosków będzie możliwe z początkiem sierpnia br.

Zaleca się jak najszybsze przekazanie wniosków w postaci papierowej i elektronicznej, gdyż z dniem 1 stycznia 2017 r., w sytuacji nieprzekazania tego wniosku, uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną automatycznie odebrane.

Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 5, 6 i 7 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym do wystawiania recept unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu NFZ będą miały również możliwość zaktualizowania swoich* danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w Portalu Personelu wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego O W NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej.

II. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do Portalu NFZ i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do Portalu NFZ i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept mogą ubiegać się o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ zgodnie z trybem i w sposób określony w Regulaminie korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zmienionego zarządzeniem Nr 15/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2010 r., zarządzeniem Nr 95/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2011 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r.

Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ przez pracowników medycznych, od dnia wejścia w życie tego zarządzenia nie wymaga podpisania umowy upoważniającej do korzystania z tego portalu. Wystarczająca będzie akceptacja „Regulaminu korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych.

III. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozwiązać umowę upoważniającą do wystawiania recept i mają konta w Portalu NFZ.

W przypadku, gdy osoba uprawniona do wystawiania recept nosi się z zamiarem rozwiązania umowy upoważniającej do wystawiania recept przed ustawowym termi-

nem jej wygaśnięcia, z początkiem sierpnia br. będzie mogła za pośrednictwem Portalu Personelu, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu oświadczenie o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Składając takie oświadczenie należy jednocześnie zadeklarować chęć utrzymania dostępu do Portalu NFZ i uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane albo złożyć rezygnację z tych uprawnień.

Oświadczenie w postaci papierowej należy złożyć lub wysłać do właściwego oddziału Funduszu. Od dnia wpływu oświadczenia w postaci papierowej do właściwego oddziału Funduszu obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia umowy. Po jego zakończeniu uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną utrzymane lub automatycznie anulowane, w zależności od złożonej w oświadczeniu deklaracji. Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 1-4 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają utrzymać uprawnienia do pobierania numerów recept będą miały możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w Portalu Personelu wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego O W NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej.

IV. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które po raz pierwszy zwracają się do Funduszu o nadanie numerów recept i nie mają konta w Portalu NFZ.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozpocząć wystawianie recept na leki refundowane z początkiem sierpnia br. będą miały możliwość, za pośrednictwem Portalu Personelu, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty. Wymaga to posiadania aktywnego dostępu do Portalu NFZ. W związku z tym konieczne jest złożenie wcześniej wniosku o dostęp do Portalu NFZ.

Oba wnioski w postaci papierowej należy przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu. Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnienia do pobierania numerów recept wymaga potwierdzenia tożsamo-

ści w trakcie jednorazowej wizyty we właściwym OW NFZ w chwili składania wniosków.

Szczegółowy tryb postępowania i zasady nadawania numerów recept oraz uprawnienia do pobierania numerów recept z wykorzystaniem Portalu Personelu określa w szczególności rozdział 2 i 3 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Szczegółowy tryb uzyskiwania dostępu do Portalu NFZ określa Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia zmienionego Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ.

V. Osoby uprawnione do wystawiania recept, wystawiające recepty pro auctore i pro familiae, które nie mają możliwości korzystania z Portalu NFZ.

W szczególnych przypadkach, uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept przez osoby wystawiające wyłącznie recepty *pro auctore* i *pro familiae* będzie możliwe bezpośrednio w oddziale Funduszu, na podstawie złożonych dokumentów wyłącznie w postaci papierowej.

W szczególnych przypadkach dopuszcza się nadawanie numerów recept tym osobom przez dyrektora oddziału Funduszu, z wykorzystaniem systemu informatycznego oddziału Funduszu w miejscu wskazanym przez dyrektora oddziału NFZ.

CENTRUM EGZAMINÓW MEDYCZNYCH KONTRA NACZELNA RADA LEKARSKA



Centrum Egzaminów Medycznych
ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź
tel./faks 42 272-20-32; 272-20-41; faks 272-20-35

CEM.S.O.027.8/16

Data: 6.08.2016 r.

Szanowny Pan
dr Maciej Hamankiewicz
Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

DECYZJA

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi (zwanego dalej CEM), działając na podstawie art. 5 ust. 1 w zw. z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2058, zm. tekstu jednolitego: Dz. U. z 2016 r. poz. 34, poz. 352 i poz. 996, zwanej dalej UDIP) w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 23, zm. tekstu jednolitego: Dz. U. z 2016 r. poz. 868 i poz. 996, zwanego dalej K.p.a.) oraz w zw. z art. 14a ust. 10 i art. 16r ust. 12 zd. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 464, zm. tekstu jednolitego: Dz. U. z 2015 r. poz. 1633, poz. 1893, poz. 1991 i poz. 2199 oraz Dz. U. z 2016 r. poz. 65, poz. 960 i poz. 1070, zwanej dalej UZL)

odmawia

Panu Maciejowi Hamankiewiczowi, działającemu w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej, udostępnienia „pytań testowych z egzaminów LEK i LDEK oraz pytań

z egzaminu PES ze wszystkich specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych”.

Uzasadnienie:

W dniu 9.06.2016 r. został skierowany do CEM wniosek Pana Macieja Hamankiewicza, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, w którym zwrócił się On o udostępnienie ww. Radzie „pytań testowych z egzaminów LEK i LDEK oraz pytań z egzaminu PES ze wszystkich specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych”. Materiały te, zgodnie ze złożonym wnioskiem, miały być przekazane w wersji elektronicznej.

Według art. 14a ust. 10 UZL, testy i pytania testowe są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem. Tożsame rozwiązanie tyczy się Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. W myśl art. 16r ust. 12 zd. 1 UZL, testy, pytania i zadania egzaminacyjne są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające Państwowy Egzamin Specjalizacyjny lub sprawujące nadzór nad jego prowadzeniem. Przepisy te, co

prawda nie zmieniają charakteru zadań testowych jako dokumentu urzędowego zawierającego w sobie informacje wytworzone przez organ, służące realizacji jego zadań, a więc stanowiące informację publiczną, ale wykluczają możliwość udostępnienia zadań testowych w trybie UDIP. W myśl jej art. 5 ust. 1, prawo do informacji publicznej podlega ograniczeniu w zakresie i na zasadach określonych w przepisach o ochronie informacji niejawnych oraz o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych. W orzecznictwie sądowo-administracyjnym wyjaśnia się, że „*tajemnice te to tajemnice zawarte w ustawach, które ze względu na wagę przedmiotu regulacji mają unormowania ograniczające dostęp do pewnych danych*” (zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 23 maja 2013 r., sygn. akt: II SA/Wa 612/13, LEX nr 1350576). Z kolei w wyroku z dnia 17 czerwca 2015 r. (sygn. akt: II SAB/Wa 323/15, LEX nr 1768494) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wskazał, że „*przepisy o ochronie informacji niejawnych oraz przepisy dotyczące innych ustawowo chronionych tajemnic mają charakter lex specialis i wyłączają dostęp do informacji publicznej, są więc stosowane na zasadzie pierwszeństwa*”. Tożsame stanowisko zajął ten Sąd w wyroku z dnia 23 stycznia 2015 r. (sygn. akt: II SAB/Wa 664/14, LEX nr 1975955). Jeśli zatem ustawa szczególnie ogranicza dostęp do danych mających charakter informacji publicznej, udostępnienie ich w trybie UDIP jest wyłączone.

W przedmiotowej sprawie żądane materiały nie mogą być udostępnione na zasadach przewidzianych w UDIP. Powołane przepisy nie wskazują bowiem, iż testy i pytania egzaminacyjne mają być zachowane w poufności jedynie przed danym egzaminem. Takie rozwiązanie jest uzasadnione okolicznością, iż pytania te mogą być (i w praktyce są) wykorzystane ponownie w kolejnych edycjach egzaminu. Są zatem chronione tajemnicą ustawową, o której mowa w art. 5 ust. 1 UDIP, stąd też nie podlegają udostępnieniu w trybie tej ustawy. Biorąc pod uwagę powyższe, Dyrektor CEM stwierdza, jak we wstępie.

Stosownie do art. 16 ust. 2 pkt 2 UDIP, Dyrektor CEM informuje, że w niniejszej sprawie żadne osoby nie zajmowały stanowiska w toku postępowania o udostępnienie informacji.

DYREKTOR
Centrum Egzaminów Medycznych
Dr n. med. Mariusz Klencki

Pouczenie:

Na niniejszą decyzję – zgodnie z art. 16 ust. 2 UDIP w zw. z art. 127 i nast. K.p.a. – służy odwołanie, składane za pośrednictwem Dyrektora CEM do Ministra Zdrowia w terminie 14 dni od doręczenia decyzji.



PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Maciej Hamankiewicz

* * *

NRL/ZRP/MK/656-2//1'S^/2016

Warszawa, dnia 19 sierpnia 2016 r.

Szanowne Koleżanki i Koledzy
Lekarze i Lekarze dentyści

Informuję, że mimo korzystnego wyroku dotyczącego dostępu do pytań egzaminacyjnych z egzaminów LEK, LDEK i PES, jaki Naczelna Rada Lekarska uzyskała w Trybunale Konstytucyjnym w dniu 7 czerwca 2016 r., Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, dr hab. Mariusz Klencki wydał decyzję o odmowie udostępnienia Naczelnej Izbie Lekarskiej pytań egzaminacyjnych. Przekazuję Koleżankom i Kolegom informację o takim działaniu Centrum Egzaminów Medycznych z ubolewaniem, ponieważ – jak każdy – sądziłem, że rozstrzygnięcie Trybunału Konstytucyjnego jednoznacznie przyznające przedstawicielom naszych zawodów prawo dostępu do testów egzaminacyjnych z LEK, LDEK i PES, nawet jeśli nie jest po myśli Centrum Egzaminów Medycznych, to po prostu będzie respektowane.

Zapewniam wszystkich zainteresowanych, szczególnie lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zdobywają uprawnienia zawodowe bądź podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe w ramach specjalizacji, że Naczelna Izba Lekarska podejmie wszelkie możliwe kroki prawne zmierzające do uchylecia tej decyzji, która naszym zdaniem, po jednoznacznym rozstrzygnięciu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 czerwca 2016 r., sygn. akt K 8/15, nie ma żadnych podstaw prawnych. Przekazuję zatem, że w dniu 19 sierpnia 2016 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło jednogłośnie decyzję o złożeniu odwołania od decyzji Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, odwołanie będzie rozpatrywał Minister Zdrowia. W dniu dzisiejszym odwołanie zostało przeze mnie podpisane i wysłane.

W tym miejscu chciałem wyjaśnić Koleżankom i Kolegom, dlaczego zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej decyzja Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, pana dr hab. Mariusza Klenckiego jest wadliwa. Po pierwsze, decyzja ta pozostaje w jawnej sprzeczności z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 czerwca 2016 r., sygn. akt K 8/15. Zgodnie z art. 190 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego mają moc powszechnie obowiązującą i są ostateczne. Przypominam, że Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku – aby uciąć wszelkie wątpliwości – wyraźnie wskazał, jakie będą skutki orzeczenia i wskazał, że: „Wyrok Trybunału w niniejszej sprawie

umożliwi dostęp do testów wykorzystanych w trakcie egzaminów, które już się odbyły”. Trzeba naprawdę dużo złej woli po stronie Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, aby tych słów Trybunału nie widzieć albo nie chcieć dostrzec, szczególnie teraz, kiedy wyrok Trybunału został oficjalnie opublikowany.

W swojej decyzji Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych „wymyślił” również nową podstawę prawną do odmowy udostępnienia pytań testowych. Powołał się mianowicie na przepis, który dotyczy tajności pytań z egzaminów LEK, LDEK i PES w fazie przedegzaminacyjnej. Na tym etapie – ze zrozumiałych i oczywistych względów – pytania są tajne, nie mogą być przed egzaminem znane nikomu poza gronem osób biorących udział w ich przygotowywaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu. Tajność ta nie rozciąga się natomiast na fazę po zakończeniu danego egzaminu, kiedy testy stają się informacją publiczną i powinny być dostępne.

Należy również przypomnieć, że stanowisko środowiska lekarzy i lekarzy dentystów w sprawie dostępu do testów egzaminacyjnych z egzaminów, które już się odbyły, najlepiej oddaje apel nr 16 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r., w którym Zjazd zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu przywrócenie jawności pytań i odpowiedzi z Lekarskiego Egzaminu Końcowego, Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowe-

go oraz z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Można żywić nadzieję, że Minister Zdrowia rozpatrując nasze odwołanie weźmie pod uwagę zarówno fakt, że decyzja Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych nie ma podstaw prawnych jak i wolę Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Zapewniając o determinacji samorządu lekarskiego w walce o przestrzeganie prawa do jawności pytań egzaminacyjnych, zwracam się jednocześnie do Koleżanek i Kolegów, aby także wystąpili do Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o udostępnienie pytań egzaminacyjnych w trybie dostępu do informacji publicznej. Znaczna liczba napływających wniosków może bowiem dobitnie pokazać, że temat jest dla środowiska lekarzy i lekarzy dentystów naprawdę ważny oraz, że jako grupa zawodowa mamy prawo czuć się pokrzywdzeni tym, że nie mamy dostępu do pytań. Te swoich egzaminów zawodowych, podczas gdy inne zawody publicznego, w tym np. prawnicze, mają dostęp do pytań egzaminacyjnych z lat ubiegłych. Wzór wniosku o udostępnienie pytań egzaminacyjnych można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z koleżeńskim pozdrowieniem



Maciej Hamankiewicz

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 10 sierpnia br. odbyło się kolejne Okręgowej Rady Lekarskiej. W zastępstwie Prezesa, zebranych powitał i poprowadził zebranie Wiceprezes dr Stanisław Kowarzyk.



Przyznanie praw wykonywania zawodu

O wpis na listę członków OIL zwróciła się lek. Monika Tobuszevska (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej) – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Jednogłośnie podjęto uchwałę w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy dla firmy „USG Trener”, która przeprowadzi w dniach 17–18 sierpnia 2016 r. w Brzegu szkolenie dla lekarzy „Ultrasonografia jamy brzusznej, miednicy, tarczycy, przytarczyc i węzłów chłonnych”.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Dokonano skreślenia z rejestru jednej praktyki (na wniosek osoby zainteresowanej). Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych

Do Funduszu Samopomocy wpłynął jeden wniosek o wypłatę świadczenia z powodu bardzo podeszłego wieku i wielu przewlekłych chorób ogólnych. Zapomogę przyznano jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli Izby do konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych Oddziałów: Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, a także Bloku

Operacyjnego i Izby Przyjęć. Rada zaproponowała lek. Małgorzatę Łuszczyńską-Ostrowską.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli Izby do konkursu na stanowisko Ordynatora Oddziału Psychiatrii C. Rada wytypowała lek. Stanisława Piwowarczyka jako przewodniczącego oraz lek. Ewę Pendzialek-Grunwald i lek. Izoldę Świstun jako członków.

Dyrektor Brzeskiego Centrum Medycznego poprosił o wyznaczenie przedstawiciela Izby do konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora BCM. Rada zaproponowała kandydaturę lek. Barbary Suzanowicz.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Dokonano zwolnienia z opłacania składek jednej osoby, która potwierdziła, że nie osiąga przychodów. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Przyjęcie stanowiska w sprawie wstępnego projektu kompleksowej regulacji plac pracowników medycznych.

Jednogłośnie przyjęto stanowisko w w/w sprawie (patrz poniżej).

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Kowarzyk przedstawił postępy w przygotowaniu do remontu naszej siedziby.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Nociński-Firlej poprosiła o podjęcie uchwały dotyczącej opłaty za kopiowanie na nośniki elektroniczne danych z przebiegu obrad Sądu Lekarskiego.

Pod koniec zebrania wrócił Prezes, który brał udział w spotkaniu w Urzędzie Miasta, gdzie Wicepremier

Jarosław Gowin podpisał uroczyste decyzję o utworzeniu kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Opolskim.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. dent Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 10 sierpnia 2016 r. w sprawie wstępnego projektu ustawy regulującej płace zawodów medycznych

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu stwierdza, że opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia wstępny projekt ustawy, wprowadzającej minimalne płace dla poszczególnych zawodów medycznych odbiega bardzo znacznie od oczekiwań samorządu lekarskiego.

Wielokrotnie przyjmowane przez Krajowe Zjazdy Lekarzy i Naczelną Radę Lekarską uchwały i stanowiska jednoznacznie domagały się, aby wynagrodzenie zasadnicze lekarza bez specjalizacji wynosiło co najmniej dwukrotność średniej krajowej, lekarza z I stopniem specjalizacji co najmniej 2,5-krotność, a lekarza z II stopniem specjalizacji co najmniej trzykrotność średniej krajowej za jeden etat.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu wyraża nadzieję, że dalsze prace na projektem sprawią, że proponowane stawki wynagrodzenia znacznie bardziej zbliżą się do tych oczekiwanych przez lekarzy.

Sekretarz ORL

Lek. dent Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2016 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
14.X.2016 r. piątek godz.10.00 ¹	Mgr Jerzy Nowosielski	Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów	Z powodu remontu Izby Lekarskiej miejsce szkolenia będzie podane na stronie internetowej Izby.
7-9.X.2016 r. piątek-niedziela oraz 15-16.X.2016 r. sobota-niedziela cz. I kursu ²	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowie publiczne	Zdrowie publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów wszystkich specjalności – modułowy program specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Z powodu remontu Izby Lekarskiej miejsce szkolenia będzie podane na stronie internetowej Izby.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
21–23.X.2016 r. piątek–niedziela cz. II kursu ²	Lek. med. Korneliusz Michali	Orzecznictwo lekarskie	Z powodu remontu Izby Lekarskiej miejsce szkolenia będzie podane na stronie internetowej Izby.
4–6.XI.2016 r. piątek–niedziela ²	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Prawo medyczne (dla lekarzy/lekarzy dentyistów wszystkich specjalności – modułowy program specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Z powodu remontu Izby Lekarskiej miejsce szkolenia będzie podane na stronie internetowej Izby.

1 – prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

2 – kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: opole.szkolenia.@hipokrates.org, informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia – szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

* * *

Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentyistów (14.X.2016 r.)

Program:

1. Regulacje prawne z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem przepisów związanych z pracą lekarza i lekarza dentyistów.
2. Przepisy związane ze szkodliwymi czynnikami występującymi w procesach pracy oraz zasady i metody likwidacji lub ograniczenia oddziaływania tych czynników na pracowników – z uwzględnieniem zmian w technologii, organizacji pracy i stanowisk pracy, stosowania środków ochrony zbiorowej i indywidualnej, wprowadzenia nowych urządzeń, sprzętu i narzędzi pracy
3. Przepisy związane z postępowaniem w razie wypadku w czasie pracy i w sytuacjach zagrożeń (np. pożaru, awarii),
4. Przepisy dotyczące charakterystycznych dla wykonywanej pracy chorób zawodowych oraz związanej z nimi profilaktyki.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



WOJNY POLSKICH PIASTÓW

Polscy Piastowie prowadzili wiele wojen, zarówno na Zachodzie, jak i na Wschodzie. Były to wojny w większości przypadków zwycięskie i pozwoliły wyjść państwu z cienia historii i stać się jednym z najpotężniejszych w Europie.

Chciałbym P. T. Koleżankom i Kolegom miłośnikom historii przedstawić najważniejsze wojny, które prowadzili polscy Piastowie w średniowiecznej Europie.

Mieszko I – pierwszy władca Polski (932–992)

24 czerwca 972 r. doszło do pierwszej w historii bitwy Polaków z niemieckim margrabią Marchii Wschodniej – Hodonem pod Cydzyną (Cedynią) przy ujściu Warty do Odry. O losach zwycięskiej bitwy rozstrzygnął niespodziewany manewr wojsk rezerwowych dowodzonych



przez brata Mieszka – Czcibora. Sam Hodon salwował się ucieczką z pola walki.

Bolesław Chrobry – pierwszy koronowany król Polski (967–1025)

Bolesław Chrobry prowadził wojny z cesarzem niemieckim Henrykiem II (zaliczonym do pocztu świętych). Wojny trwały formalnie od 1002 do 1018 roku w trzech okresach. Ostatnia faza tych zmagani była najcięższa i trwała cztery lata (1014 – 1018). Bolesław Chrobry unikał walnej bitwy i prowadził z wojskami niemieckimi, które wkraczały na terytorium Polski, walkę podjazdową – zwłaszcza w lasach, które bujnie porastały kraj – zadając Niemcom wielkie straty. Najznakomitszym epizodem tej wojny była bohaterska obrona Niemczy w roku 1007.



Ostatecznie 30 stycznia 1018 r. na zamku w Budziszynie (Bautzen) zawarto pokój na podstawie którego Miłsko i Łużyce pozostały przy Polsce. Równocześnie Henryk II zobowiązał się dać Bolesławowi Chrobremu 300 rycerzy na planowaną wyprawę kijowską.

Po zawarciu pokoju budziszynskiego Bolesław Chrobry ruszył na Kijów, do którego wkroczył 14 sierpnia 1018 r. Przez stulecia powtarzana jest opowieść o uderzeniu przez Bolesława Chrobrego mieczem (stąd nazwa „Szczerbiec”) o wrota „Złotej Bramy” w Kijowie. Jak twierdzą jednak historycy w owym czasie „Złota Brama” jeszcze nie istniała. Efektem wyprawy kijowskiej było osadzenie na tronie księcia Jarosława Mądrogo, który panował aż do roku 1054. W drodze powrotnej do kraju Bolesław Chrobry przyłączył do Polski tzw. Grody Czerwieńskie.

Bolesław Śmiały (Szczodry 1041–1081)

Bolesław Śmiały dwukrotnie wyprawiał się śladami swojego pradziada Bolesława Chrobrego na Kijów (znana powieść Karola Bunscha pt. „Śladami Pradziada”) wprowadzając na tron swojego wuja księcia Izasława, syna Jarosława Mądrogo. Pierwsza wyprawa miała miejsce w roku 1069, przy czym w dniu 2 maja Bolesław Śmiały miał oszczerbić miecz o „Złotą Bramę” podobnie jak Bolesław Chrobry. Po wypędzeniu księcia Izasława przez konkurentów, Bolesław Śmiały wyprawił się na Kijów ponownie w roku 1076. Osadzony znowu na tronie książę Izasław niestety wkrótce powtórnie został wygnany z Kijowa.

Po zabójstwie biskupa Stanisława ze Szczepanowa Bolesław Śmiały uszedł na Węgry, gdzie wkrótce zmarł w miejscowości Osijek, gdzie prawdopodobnie jest pochowany (wg. innych wersji został pochowany w Klasztorze Benedyktynów w Tyńcu koło Krakowa).

Jego jedyny syn Mieszko w roku 1086 powrócił do Polski przywożąc insygnia królewskie ojca. Stanowiło to wielkie zagrożenie dla stryja Władysława Hermana, dlatego też nic dziwnego, że młody Mieszko w roku 1089 został otruty.

Bolesław Krzywousty (1086 – 1138)

24 sierpnia 1109 armia cesarza niemieckiego Henryka V, któremu towarzyszył przyrodni brat Krzywoustego – Zbigniew i „sroższy od tygrysa i dzikszyszy od lwa” Świętopełk czeski stanęli pod murami Głogowa. Szturm



na wały Głogowa nie powiódł się, wówczas cesarz Henryk V kazał przywiązać do machin oblężniczych więtych uprzednio zakładników, wśród których znajdował się syn dowódcy obrony Głogowa. Przybyłym z Głogowa posłańcom Bolesław Krzywousty zapowiedział, że ukrzyżuje każdego, który się podda. Mimo tych okrutnych rozkazów cesarza niemieckiego oblężenie Głogowa nie powiodło się i cesarz Henryk V wycofał się w kierunku Wrocławia. Na wycofujące się i zdemoralizowane oddziały wojska niemieckiego napadali Polacy zadając im dotkliwe straty. Wojna z Henrykiem V zakończyła się ostatecznie zwycięstwem Polaków w pobliżu Wrocławia na polach, po których psy rozwłoczyły na pobojuwisku ciała poległych Niemców, stąd nazwa „Psie Pole”.

W czasie odwrotu wojsk cesarskich spod Głogowa zginął Świętopełk czeski przebityszy oszczepem przez kłóregoś ze swoich rycerzy.

Niestety na łóży śmierci Bolesław Krzywousty popełnił kardynalny błąd dzieląc Polskę na dzielnice pomiędzy swoich synów. Jego decyzja zapoczątkowała rozbicie dzielnicowe Polski na przeszło 200 lat, podczas którego jego potomkowie prowadzili pomiędzy sobą liczne wojny lokalne.

Władysław Łokietek – twórca zjednoczenia Polski dzielnicowej (1260–1333)

W walce o tron krakowski Władysław Łokietek prowadził walki z królem czeskim Wacławem II (zmarł 21 czerwca 1305) oraz jego synem Wacławem III zamordowanym w Ołomuńcu 4 sierpnia 1306, kiedy spieszył do Krakowa po koronę królewską.

W wojsku Łokietka było wówczas więcej chłopów niż rycerzy. Właśnie wieśniacy ukryli księcia Łokietka przed wojskami króla Wacława II w jaskiniach Ojcowa koło Krakowa (słynna Grota Łokietka koło Pieskowej Skały).

Pod koniec swojego życia Władysław Łokietek prowadził kilkuletnie wojny z Zakonem Krzyżackim, który coraz bardziej rósł w siłę. To właśnie wówczas wybudowano Malbork najpotężniejszą twierdzą w Europie. Mało kto wie, że jej budowniczym był Ślązak Bartosz z Ząbkowic, który rozpoczął budowę w roku 1272.

We wrześniu 1309 Krzyżacy zajęli Pomorze i Polska na kilka wieków została odepchnięta od morza. W wojnie z Krzyżakami pomagał Władysławowi Łokietkowi król czeski Jan Luksemburski. Ostatecznie 27 września 1331 pod wsią Płowce, w wyjątkowo gęstej mgle Łokietek otoczył Krzyżaków i kiedy padł sztandar zakonny zniósł ich z pola walki doszczętnie. Do niewoli wzięto



57 Krzyżaków. Władysław Łokietek dobiegał wówczas siedemdziesięciu lat zaś chrzest bojowy przechodził jego jedyny syn 19-letni królewicz Kazimierz (późniejszy król Kazimierz Wielki). Jednak przed decydującą bitwą pod Płowcami królewicz Kazimierz został odesłany do pobliskiego Torunia, ponieważ Władysław Łokietek bał się o życie jedyne spadkobiercy do tronu. Pod Płowcami zginęło cztery tysiące siedemdziesiąt siedmiu rycerzy krzyżackich, w tym w większości braci zakonnych. Wiemy o tym z raportu biskupa kujawskiego Macieja, który organizował pogrzeby.

Bitwa pod Płowcami została uznana w Europie za wielki triumf oręża polskiego i zapowiedź ostatecznego pokonania Zakonu Krzyżackiego pod Grunwaldem.

Kazimierz Wielki (1310–1370)

Kazimierz Wielki 9 lutego 1339 podpisał niestety dokument, który przyznawał Śląsk Czechom, wskutek tej decyzji straciliśmy Śląsk na kilka wieków. W szachu Kazimierz Wielki utrzymywał Zakon Krzyżacki, dlatego

też mógł spokojnie zająć się polityką wschodnią.

We wrześniu 1340 zdecydował się na wyprawę na Ruś Czerwoną, gdzie rzadzili skłóceni ze sobą bojarowie. Bardzo szybko zajął Ruś Halicką ze Lwowem, Brześć nad Bugiem i Włodzimierz Wołyński. Po powrocie do kraju rozpoczął przebudowę Polski drewnianej na murowaną, budując wiele obiektów (m. in. Wszechnicę Krakowską – załazek późniejszego Uniwersytetu Jagiellońskiego), kościołów, ale przede wszystkim liczne zamki obronne. Za jego długiego panowania powstawały nowe miasta, m. in. koło Krakowa – Kazimierz (obecnie ekskluzywna dzielnica Krakowa) czy też piękny Kazimierz Dolny (w przeciwieństwie do krakowskiego) nad Wisłą.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



MEDYCyna PO DYPLOMIE

RADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA W OPOLU

Szanowne Koleżanki i Koledzy.

Oddajemy w Państwa ręce artykuł dotyczący stereotaktycznej radioterapii. Radioterapia jest miejscową metodą leczenia nowotworów, która odgrywa rolę w postępowaniu radykalnym i paliatywnym, jako metoda samodzielna lub skojarzona z innym leczeniem onkologicznym. Początki radioterapii to odkrycie przez Konrada Wilhelma Roentgena tajemniczego promieniowania X w listopadzie 1895 r. (121 lat temu!!!!). W leczeniu promieniowaniem X po raz pierwszy wykorzystał lekarz dermatolog Leopold Freund z Wiednia w listopadzie 1896 r. Prowadził napromieniania rozległego znamienia owłosionego tułowia o średnicy 36 cm. Leczenie przeprowadził u czteroletniej dziewczynki. Pacjentka jako dorosła osoba była kontrolowana w Instytucie w Wiedniu, a ostatnią wizytę odbyła w wieku 75 lat. Kolejnym ważnym etapem w rozwoju radioterapii było odkrycie pierwiastków promieniotwórczych w 1898 r. przez naszą rodaczkę Marię Skłodowską-Curie i Piotra Curie.

W Polsce pierwsi pacjenci leczenia byli w Instytucie Radowym powołanym do życia w 1932 r. Od tego czasu radioterapia, podobnie jak inne metody leczenia onkologicznego, jest metodą ulegającą stałemu rozwojowi. Jednym z kierunków rozwoju jest wzrastająca dokładność leczenia. Pozwala to na precyzyjne napromienianie guza z minimalnym uszkodzeniem tkanek zdrowych. Po-

woduje to, że w wybranych przypadkach jej skuteczność jest zbliżona do miejscowego leczenia chirurgicznego. W tej sytuacji może być metodą zastosowaną u pacjentów z przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego lub metodą alternatywną zależną od preferencji pacjenta. Jest to metoda dostępna w Opolskim Centrum Onkologii – stąd artykuł, który Państwu przybliży podstawowe zasady i wskazania do jej zastosowania. W przypadku pytań lub uwag zachęcam Państwa do kontaktu z autorami artykułu, którzy pracują w Zakładzie Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii.

Dr n. med. Marek Szwiec

Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego

Centrum Onkologii

Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu

* * *

Radioterapia stereotaktyczna (SRT), radiochirurgia stereotaktyczna (SRS), stereotaksja, stereotaksja frakcjonowana (SFRT) to terminy, które coraz częściej pojawiają się w zaleceniach postępowania onkologicznego dotyczących różnych schorzeń. Można spotkać się też z określeniem bardziej ogólnikowym SABR – *Stereotactic Ablative RadioTheraphy*, jednak ma on szersze znaczenie i może być używany w zasadzie w każdym przypadku SRT.

Początkowo ten rodzaj radioterapii stosowany był dla zmian położonych w OUN. Aktualnie, jako standard, zalecany jest także w lokalizacjach pozaczaszkowych (niedrobnokomórkowym raku płuca, ogniskach przerzutowych w przypadku choroby oligometastatycznej, pierwotnym raku prostaty).

Artykuł przybliży Państwu podstawowe informacje dotyczące zasad stosowania, wskazań, jak również możliwości zastosowania powyższej metody leczenia w Opol-skim Centrum Onkologii. Poniżej postaramy się odpowiedzieć na najczęstsze pytania, które radioterapeuci słyszą od lekarzy innych specjalizacji.

Jak działa promieniowanie?

Odpowiedź na to pytanie w podręcznikach radioterapii zajmuje co najmniej kilkadziesiąt stron. Upraszczając: energia promieniowania zostaje pochłonięta w tkankach organizmu, wywołując szereg zmian fizykochemicznych, które prowadzą do powstania efektu biologicznego. Promieniowanie jonizujące prowadzi do uszkodzeń ważnych dla życia i funkcji komórki cząsteczek (przerwanie łańcuchów i uszkodzenie nici DNA, uszkodzenie błon komórkowych i jądrowych, zmiany w organellach jądrowych i komórkowych, zaburzenia w metabolizmie komórek) i ostatecznie do śmierci komórki nowotworowej. Niektóre z tych uszkodzeń mogą podlegać mechanizmom naprawczym wewnątrzkomórkowym w procesie odnowy szybkiej Elkinda, która zachodzi w ciągu kilku godzin po napromienianiu w komórkach zdrowych i nowotworowych. Do odnowy, ale już na poziomie tkanki dochodzi również w repopulacji (wyrównania strat komórek przez komórki rezerwowe, odnowy przez podział). Komórki nowotworowe mają mniejszą zdolność do repopulacji niż zdrowe. Najbardziej wrażliwe na napromienianie są komórki w fazie M i G2 cyklu komórkowego oraz tkanki nowotworowe dobrze utlenowane.

Czym różni się stereotaksja od klasycznej radioterapii?

Aby móc opowiedzieć co to jest stereotaksja należy opisać krótko to, co robiliśmy dotychczas. W klasycznej radioterapii pacjent otrzymuje wiele dawek promieniowania (od 5 do 40 frakcji) najczęściej raz dziennie. W klasycznej radioterapii niszcząc guz nowotworowy musimy napromienić obszary zdrowych tkanek, które mogą zawierać mikroprzerzuty niewidoczne w badaniach obrazowym. Obszarami, które dostają dużą dawkę promieniowania, niewiele niższą niż nowotwór, są najczęściej grupy węzłowe. Nie jesteśmy w stanie podać dawki tylko i wyłącznie na obszar guza i okolicznych węzłów chłonnych. Stosując wiązkę promieniowania (proszę wyobrazić sobie światło latarki odpowiednio wyprofilowane, które przenika przez ciało) celujemy w jedno miejsce. Promieniowanie przenika jednak przez całą objętość i niszczy wszystkie tkanki po drodze. Je-

śli nasz cel (guz nowotworowy) leży blisko powierzchni skóry, ograniczenie dawki jest stosunkowo łatwe. Natomiast jeśli znajduje się na dużej głębokości – wiązka promieniowania, przechodząc poprzez tkanki na drodze do guza, traci swoją pierwotną energię, jonizuje cząsteczki i wtórnie tworzy wolne rodniki. W ten sposób uszkadza komórki zdrowe leżące na jej drodze i powoduje niepożądane objawy uboczne promieniowania. Aby zminimalizować objawy uboczne napromieniamy tkanki nowotworowe z różnych stron wiązkami, które krzyżują się w guzie. W efekcie czego zdrowe tkanki otrzymują minimalną dawkę promieniowania, a nasze obszary zainteresowania niszczone są otrzymując skumulowaną dawkę pochodzącą z wiązek wpadających pod różnymi kątami. Aby ten system mógł funkcjonować musimy ograniczyć dawki dla zdrowych tkanek tak, żeby ich na stałe nie uszkodzić, a przejściowe skutki uboczne mogły być akceptowalne dla pacjenta. Innym sposobem zmniejszającym ryzyko objawów ubocznych jest modyfikacja odstępu między frakcjami. Nowotwór to wynik mutacji, które w większości są niekorzystne dla komórek w których zachodzą, zaburzając ich naturalne procesy różnicowania się, funkcjonowania i naprawę uszkodzeń DNA. Odstęp pomiędzy frakcjami jest potrzebny, żeby wykorzystać wadliwe funkcjonowanie systemów naprawczych (głównie DNA) w komórkach nowotworowych i dać zdrowym komórkom czas na naprawę, która w komórkach nowotworowych nie zajdzie albo zajdzie mniej efektywnie. Dzięki temu, pomimo że guz i zdrowe tkanki otrzymują dawki napromieniania, jeśli zachowamy przerwy naprawcze, efekt biologiczny dla zdrowych tkanek będzie mniejszy. Guz nowotworowy nie jest bezbronny, ignoruje swoje wadliwe systemy naprawcze stawiając na szybkość dzielenia się komórek kosztem ich jakości. Komórki nowotworowe, które nie zostały zniszczone dzielą się w szybkim tempie, przez co każda nieplanowana przerwa w leczeniu zmniejsza efektywność terapii (wyżej wspomniana repopulacja). Działanie to ma duże znaczenie w późniejszym okresie leczenia. Schematy leczenia, dawki promieniowania, których używamy, zostały przebadane klinicznie. Schematy uwzględniają powyższe dane i są wypadkową procesów naprawy zdrowych tkanek, które zmniejszając efekty uboczne i umożliwiającą podanie wyższej dawki na guz i konieczności skracania leczenia, tak aby repopulacja nie zniweczyła efektów leczenia, by w trakcie napromieniania nie pozwolić na odrost guza. W radiobiologii opisywane są, wspomniane powyżej, zjawiska reoksygenacji, redystrybucji i wewnątrzkomórkowej wrażliwości na promieniowanie, które łącznie znane są jako 5R. Szczegółowe opisywanie w tym miejscu wszystkich tych zjawisk rozmyłoby sens naszego opracowania. Tak, czy inaczej nie jest możliwe leczenie bez efektów ubocznych.

Ale jak to wszystko ma się do stereotaksji?

Stereotaksja wychodzi z założenia, że mając niewielki guz oraz odpowiednio dokładną metodą unieruchomienia chorego zamiast stosować kilka wiązek krzyżujących się w guzie podamy ich setki. Właściwie zastosujemy cały czas emitujące wiązkę promieniowania łuki (wracając do latarki – to tak jakbyśmy chodzili po łuku dookoła chorego cały czas kierując latarkę w środek guza) i dzięki temu otrzymamy olbrzymią (nawet 24 Gy) dawkę w guzie w 1 sesji (radiochirurgia), bądź 2–5 sesjach (SFRT) napromieniania. Likwiduje to konieczność hospitalizacji w ośrodku onkologicznym przez długi czas, nawet do 8 tygodni. Rodzi to jednak parę pytań i parę problemów.

Co z naprawą tkanek dzięki przerwom pomiędzy frakcjami?

Wykorzystaliśmy setki wiązek lub parę łuków do podania dawki na guz. Kosztem większej objętości tkanek napromienianych udaje nam się obniżyć dawkę do dobrze tolerowanej przez zdrowe tkanki. Tutaj pojawia się ograniczenie radioterapii stereotaktycznej – możemy napromienić tylko małe zmiany. W przypadku dużych zmian (powyżej 4–5 cm) nie będziemy w stanie tak zaplanować rozkładu dawki na zdrowe tkanki, aby uniknąć poważnych powikłań. Jeśli wielkości będą w górnych granicach normy i będziemy mieć wątpliwości, (np. przerzut niedrobnokomórkowego raka płuca wielkości 3 cm w płacie czołowym i drugi 2 cm przy pniu mózgu), to możemy dawkę podać w kilku, zamiast jednej frakcji, aby jednak częściowo wykorzystać zdolność do naprawy zdrowych tkanek (stereotaksja frakcjonowana – SFRT). Przy tak wysokich dawkach zwiększamy odstępy między frakcjami, aby maksymalnie zmniejszyć ryzyko powikłań.

Dzięki temu unikacie wszystkich efektów ubocznych i wszystkie zdrowe tkanki są w stanie przetrwać bez powikłań?

Niestety nie wszystkich. Przez parę czynników spadek dawek nie odbywa się tak skokowo, jak byśmy chcieli. Po pierwsze musimy dodać do naszego celu (tzn. guza) margines 2 mm ze względu na nieidealną dokładność: badań obrazowych, konturującego obszary do napromieniania lekarza radioterapeuty i odtwarzalności ułożenia pacjenta na stole terapeutycznym. Po drugie potrafimy na odcinku 4–5 mm uzyskać spadek z 20 Gy (ekstremalnie wysoka dawka, niszcząca tkanki zdrowe i chore) do 3–4 Gy (dobrze tolerowana dawka z niewielkimi skutkami ubocznymi), ale na tej przestrzeni część zdrowych tkanek zostanie zniszczona. Niestety niszcząc przerzut w mózgu niszczymy też część zdrowych tkanek, co może dać efekty uboczne i w ponad 50% przypadków będzie to widoczne w późniejszych badaniach obrazowych

jako ognisko martwicy. Niestety alternatywne schematy leczenia dostępne dla chorego też obarczone są ryzykiem powikłań. Zgodnie z zasadą aseptyki nowotworowej, chirurg musi wyciąć zmianę w marginesie zdrowych tkanek, co oczywiście w tej lokalizacji powoduje efekty uboczne. Samo znieczulenie potrzebne do zabiegu obarczone jest znacznym i często nie akceptowalnym ryzykiem, a czasami lokalizacja nowotworu nie jest dostępna dla leczenia chirurgicznego.

Jaka toksyczność wiąże się z SRT?

W pierwszych tygodniach po zakończeniu SRT ostre objawy toksyczne są bardzo rzadkie. Pacjenci niekiedy zgłaszają uczucie zmęczenia, nudności i wymioty oraz bóle głowy. Ryzyko pojawienia się napadów padaczkowych wynosi od 2% do 5%, częściej kiedy napromieniamy zmiany w korze mózgowia oraz kiedy objawy te istniały przed leczeniem. Zwykle mają one charakter przejściowy. Podostre toksyczności pojawiają się w trakcie w pierwszych 6 miesięcy od leczenia. W tym okresie może pojawić się plackowate łysienie (głównie dla zmian położonych blisko skóry). Zwiększenie uczucia zmęczenia dotyczy mniej więcej 15–20% pacjentów w drugim miesiącu po zakończeniu leczenia, aby później stopniowo ustępować. U 4% pacjentów w ciągu pierwszego tygodnia pojawiły się objawy infekcji miejscowej w napromienianym miejscu, nie zgłoszono przypadku infekcji w pierwszych 2 miesiącach po zakończeniu leczenia. 84% pacjentom, którzy przed SRT byli zatrudnieni, udało się wrócić do pracy. Najpoważniejszą późną toksycznością po SRT jest martwica części napromienianego mózgowia. Do tego powikłania dochodzi u niecałej połowy pacjentów, u większości z nich pozostaje bezobjawowe. Stosujemy dawki, które zgodnie z literaturą, pozwalają ograniczyć to powikłanie do <20% pacjentów żyjących dłużej niż rok od zakończenia leczenia. U większości pacjentów z objawami neurologicznymi tego powikłania udaje się uzyskać poprawę stanu stosując wysokie dawki sterydów. W niewielkiej grupie chorych konieczna jest interwencja neurochirurgiczna.

SRT może być stosowane w konkretnych rozpoznaniach histologicznych nowotworów mózgowia, które przedstawimy poniżej:

Glioblastoma multiforme (Glejak wielopostaciowy, WHO stopień IV):

Glejak wielopostaciowy to ekstremalnie agresywna choroba nowotworowa, szybko naciekająca otaczający ją zdrowy miąższ mózgu i z tego powodu SRT – jako jedyna metoda leczenia – nie ma możliwości wyleczenia choroby. Aktualnie używany schemat leczenia glejaka to radiochemioterapia (napromienianie do dawki łącznej 60 Gy w 30 frakcjach i jednoczesna chemioterapia w oparciu o temozolamid). Radioterapia stereotaktyczna jest jedną ze standardowych metod paliatywnego le-

czenia przy progresji choroby. Alternatywą jest leczenie neurochirurgiczne dla kwalifikujących się do niego pacjentów.

Astrocytoma o niskim stopniu zróżnicowania (gwiazdziak):

Guzy te są stosunkowo dobrze odgraniczone od otoczenia. Najlepsze efekty leczenia stereotaktycznego uzyskują chorzy z niewielkimi, nieresekcyjnymi guzami, w dobrym stanie ogólnym (KPS >70) w wieku od 18 do 40 lat. Kilka badań wykazało dobrą kontrolę miejscową (68–91%) dla Gwiazdziaka włosowatokomórkowego (WHO stopień I) oraz dla Gwiazdziaka II stopnia WHO (67–87%).

Ependymoma (wyściółczak):

Stereotaksja może być metodą leczenia wznowy po pierwotnym leczeniu operacyjnym i radioterapii. Może być zastosowana na zmiany resztkowe po zabiegu chirurgicznym lub w przypadkach pierwotnie nieoperacyjnych.

Oligodendroglioma (skąpodrzewiak):

Są to w większości guzy naciekające dużą część otaczających tkanek. Standardem postępowania aktualnie jest resekcja chirurgiczna z leczeniem uzupełniającym (RT + CHT). SRT jest jedną z metod leczenia wznowy, gdy nie ma możliwości zadowalającej resekcji. Czynniki, które wiążą się z lepszym rokowaniem po SRT są: niska objętość wznowy (<15cm³), stopień II według WHO.

Neurocytoma (nerwiak komórkowy ośrodkowy):

Są to rzadko występujące guzy, zwykle umiejscowione w komorach bocznych, dość dobrze rokujące, dość dobrze odgraniczone na badaniach obrazowych. Aktualnie podstawą postępowania jest leczenie chirurgiczne, jednak u dużej części chorych nie jest możliwa pełna resekcja guza. Radioterapia klasyczna ze względu na konieczność napromienienia dużych objętości mózgowia wiąże się z dużą późną reakcją (zaburzenia zdolności uczenia się, pogorszenia pamięci). Pacjenci w tej grupie mają dobre rokowanie co do przeżycia i większą szansę na ujawnienie się objawów ubocznych leczenia. Z SRT wiązano duże nadzieje, okazało się jednak, że wiąże się ona z dużą ilością niepowodzeń w sąsiedztwie guza. Ze względu na niską toksyczność stereotaktycznej radioterapii pozostaje ona atrakcyjną metodą leczenia zmian resztkowych, wznów a także wczesnych stadiów zaawansowania choroby.

Hemangioblastoma (Naczyniak krwionośny zarodkowy, stopień I wg WHO):

To mocno unaczyniona, dobrze odgraniczona, łagodna zmiana powodująca objawy z ucisku otaczających struk-

tur, a nie z ich naciekania. Około 20% pacjentów z tym rozpoznaniem ma zespół genetyczny von Hippa-Lindaua (VHL). Najczęściej postępowanie polega na chirurgicznym usunięciu zmiany, jednak ze względu na umiejscowienie w części zmian niemożliwe jest osiągnięcie pełnej resekcji. SRT pozostaje skuteczną metodą leczenia, szczególnie w przypadku zmian resztkowych, wznów po leczeniu chirurgicznym oraz w przypadku zmian mnogich (często występujących w zespole VHL). Nie jest preferowaną metodą w przypadku dużych zmian, szczególnie dających objawy, ponieważ nie powoduje szybkiego zmniejszania się masy guza, a przejściowo może także nasilać obrzęki.

Zmiany przerzutowe do mózgu

Są najczęstszym wskazaniem dla zastosowania SRT zarówno radiochirurgicznej, jak i frakcjonowanej. Kwalifikowani są do niej chorzy z 1–3 zmianami przerzutowymi (w przypadku używania przyspieszacza linowego), a nawet 10 i więcej zmian (Cyberknife).

Do czasu wprowadzenia leczenia stereotaktycznego standardową metodą leczenia zmian przerzutowych było leczenie chirurgiczne, o ile było ono możliwe i uzupełniające napromienianie całego mózgowia (WBRT – *Whole Brain RadioTherapy*). Jeżeli leczenie chirurgiczne było niemożliwe chorzy otrzymywali zwykle samodzielną WBRT, co pozwalało wydłużyć czas przeżycia chorych. Kosztem zastosowania WBRT, szczególnie u pacjentów, którym udało się przeżyć ponad 6 miesięcy, było obniżenie sprawności intelektualnej oraz wczesna toksyczność spowodowana stanem zapalnym, którą zwykle dało się opanować zwiększeniem dawki sterydów. Wraz z pojawieniem się SRT pojawiła się możliwość łączenia poszczególnych sposobów leczenia. Opisanie wszystkich możliwych kombinacji z komentarzem dotyczącym rachunku zysków i strat nie jest celem tego artykułu. Porównujemy leczenie chirurgiczne z radioterapią stereotaktyczną, ponieważ oba pełnią podobną rolę i są efektywnym leczeniem miejscowym z oszczędzeniem pozostałej części mózgu.

Nie było bezpośredniego randomizowanego badania porównującego obie te metody, jednak porównane pod kątem kontroli miejscowej retrospektywnie badania wykazywały podobną skuteczność.

Przy kwalifikacji do którejś z w/w metod kierujemy się następującymi zasadami. Chory bez rozpoznania histopatologicznego, ze znacznym efektem masy (obrzękiem) w badaniach radiologicznych, szczególnie przy obecności objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, ze zmianami o średnicy >4cm, złym stanie ogólnym (KPS <70) powinien być w pierwszej kolejności skierowany do leczenia neurochirurgicznego.

Natomiast chorzy spełniający kryteria kwalifikacyjne leczenia SRT (do 3 zmian, średnica <4cm, KPS >70),

z obciążeniami, które znacząco zwiększają ryzyko zabiegu, bądź go uniemożliwiają, z lokalizacją zmian, która wyklucza bądź znacznie ogranicza możliwość zastosowania neurochirurgii, powinni być kierowani w pierwszej kolejności do SRT. Chorzy, którzy spełniają kryteria jednych i drugich winni mieć przedstawione obie metody leczenia z ich potencjalnymi zyskami i stratami i sami podjąć decyzje o leczeniu, które będzie u nich zastosowane. Chorzy, którzy nie kwalifikują się do żadnej z tych grup mogą być kwalifikowani do teleterapii na całe mózgowie.

Chory kwalifikowany do radioterapii musi współpracować z zespołem prowadzącym leczenie. Musi być w stanie wyleżeć w pozycji terapeutycznej przez 20–60 min. Czasami jest to możliwe dopiero po zastosowaniu leków przeciwbólowych, czasem uspokajających. Pacjent musi zgodzić się na leczenie po przedstawieniu potencjalnych skutków ubocznych, korzyści oraz – jeśli są możliwe – alternatywnych metod leczenia. W przypadku radioterapii to, co robimy przynosi nie tylko natychmiastowy efekt, ale czasem też późną toksyczność, która w większości przypadków jest nieodwracalna.

Zmiany znajdujące się w mózgowiu, nie wymienione powyżej, które też mogą być leczone z użyciem SRT to: *Meningioma* (szczególnie podstawy czaszki oraz podstawy nerwu wzrokowego, wykluczając III stopień wg WHO – tutaj dalej najskuteczniejszym leczeniem pozostaje chirurgia + klasyczna RT), *Hemangiopericytoma*, *Schwannoma nerwu przedsionkowo-ślimakowego*, nowotwory zlokalizowane w siodle tureckim (zarówno zmiany pierwotne, oponiaki, jak i przerzuty) oraz cała grupa zmian naczyniowych, do których zaliczają się: malformacje tętniczo-żylne (AVM), przetoka tętniczo-żylna opony twardej rdzenia (*dural arteriovenous fistula*), malformacje jamiste mózgowia (*cerebral cavernous malformations*).

Stereotaksja ma także zastosowanie w chorobach nie-nowotworowych, czynnościowych, takich jak neuralgia nerwu trójdzielnego (*trigeminal neuralgia*). Prowadzi się również badania nad włączeniem jej w opornych na leczenie zespołach padaczkowych, szczególnie jeśli ognisko padaczkotwórcze jest określone. W przypadku AVM z objawami padaczkowymi w 85% przypadków objawy ustępują lub ulegają dramatycznemu zmniejszeniu jeszcze przed okluzją samej malformacji po zastosowaniu SRT.

Jak widać powyżej większość rozpoznań onkologicznych, gdzie możemy zastosować SRT ma unikalne cechy, ale jest parę warunków, które powinny, choć nie zawsze muszą być spełnione. Postaramy się opisać je na przykładach:

Guz powinien być dobrze zdefiniowany w badaniach obrazowych, nie powinien naciekać otaczających tkanek, najlepiej dzięki jakiejś barierze, która mu to utrud-

nia (torebka węzła chłonnego, otorbiony przerzut, dobrze odgraniczony guz płuca), albo – na podstawie odpowiednich badań obrazowych – jesteśmy w stanie dobrze określić jego maksymalny zasięg. Przykładem są przerzuty do mózgu z wielu różnych nowotworów (rak płuca, rak piersi, rak nerki, czerniak bądź rak z przewodu pokarmowego).

Przykład z innej lokalizacji kwalifikujący się do leczenia stereotaktycznego – pacjent po przebyciu radioterapii i jej dobrym efekcie przez kilka lat, w czasie kontrolnej wizyty ma stwierdzony niewielki węzeł z ewidentnymi cechami rozpadu wewnątrz węzła i sugestią jego przerzutowego charakteru w rezonansie magnetycznym oraz potwierdzenie histopatologiczne, że nie mamy do czynienia z późnym powikłaniem po RT. Ze względu na ryzyko zabiegu chirurgicznego w miejscu poprzednio napromienianym, nie kwalifikuje się do jakiegokolwiek leczenia chirurgicznego. Możemy wtedy rozważyć zastosowanie radioterapii stereotaktycznej dającej szansę na zniszczenie przerzutu w obszarze dobrze odgraniczonego węzła.

Kolejna sytuacja: chory po przebytej RT i leczeniu chirurgicznym z powodu raka gardła, ma zdiagnozowaną wznowę w obrębie błony śluzowej gardła niewielkiej wielkości, o nieostrych granicach w badaniach obrazowych. Taki chory nie jest dobrym kandydatem do stereotaksji, gdyż nie da się zdefiniować dobrze aktywnej choroby. Ze względu na brak naturalnych barier okoliczne tkanki prawdopodobnie też zawierają depozyty komórek nowotworowych. Niemożliwym jest określenie obszaru, który powinien być napromieniany. Ze względu na niemożność podania wysokich dawek napromieniania w obszarze, który już był napromieniany, nie ma szansy na wyleczenie, a jest niestety pewność wystąpienia nasilonych popromiennych efektów ubocznych – niekiedy gorszych, niż naturalny przebieg choroby.

Wymienione powyżej jednostki chorobowe dotyczą tylko mózgowia, ponieważ prowadzimy już w Zakładzie Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologicznego stereotaksję zmian wewnątrzczaszkowych. Jesteśmy w trakcie przygotowywania protokołów napromieniania SRT w lokalizacji pozaczaszkowej. Do tej pory chorzy są kierowani do ośrodków ościennych (Gliwice i Wrocław).

Kończąc, dziękujemy całemu personelowi zaangażowanemu w projekt, a w szczególności dwóm fizykom – Grzegorzowi Cieślukowi oraz Tomaszowi Wiśniewskiemu, za ogrom pracy, jaki włożyli we właściwe wdrożenie tej metody.

Lek med. Łukasz DZIOK
Dr n. med. Kamila CZERW
Zakład Radioterapii
Opolskie Centrum Onkologii
Dzioku@poczta.fm

PROKURATORZY DS. BŁĘDÓW MEDYCZNYCH JUŻ DZIAŁAJĄ

Na mocy nowego rozporządzenia ministra sprawiedliwości, które obowiązuje od 15 kwietnia 2016 r., w prokuraturach w całej Polsce tworzone są odrębne komórki organizacyjne, zajmujące się sprawami karnymi, związanymi z błędami lekarskimi, skutkującymi śmiercią pacjenta. „*Samodzielne Działy ds. Błędów Medycznych zostały już utworzone w prokuraturach regionalnych w Warszawie, Katowicach, Krakowie i Lublinie, a w prokuraturach regionalnych w Łodzi, Gdańsku, Szczecinie, Wrocławiu, Rzeszowie, Białymstoku i Poznaniu sprawami związanymi z błędami lekarskimi będą zajmować się koordynatorzy*” – informuje Prokuratura Krajowa. Jednocześnie prokurator krajowy – Bogdan Świączkowski zdecydował, że w skład Departamentu Postępowania Przygotowawczego PK będzie wchodził specjalny Koordynator ds. Błędów Medycznych.

Podstawowe powody przyjęcia nowych rozwiązań, sprzyjających specjalizacji prokuratorów w tych sprawa-

wach, to liczba spraw karnych, dotyczących błędów lekarskich i ich skomplikowany charakter. Z dostępnych danych wynika, że spraw dotyczących zdarzeń medycznych rzeczywiście przybywa, jednak powołanie w prokuraturach specjalnych zespołów prokuratorskich, które mają zajmować się w szczególności sposobami lekarzami, wzbudza zaniepokojenie środowiska. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej obawia się dalszego podważania i tak już nadzarpniętego zaufania do zawodu.

(JB-T)

Podstawa prawna: Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 7 kwietnia 2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz. U. nr 1/2016, poz. 508) § 29, ust. 2, p. 2.
Źródło: „Rzeczpospolita”.

(przedruk z „Panaceum” nr 6–7/16)

PROKURATORSKIE DZIAŁY DO SPRAW BŁĘDÓW MEDYCZNYCH ODKURZAJĄ POSTĘPOWANIA

W prokuraturach funkcjonują już specjalne działy, których zadaniem jest zajmowanie się błędami medycznymi. W Prokuraturze Krajowej przeanalizowano postępowania dotyczące szeregu takich spraw. W ok. 60% z nich stwierdzono większe lub mniejsze uchybienia.

Przypomnijmy, że specjalne zespoły prokuratorów powołano na mocy kwietniowego rozporządzenia wydane- go przez ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobrę.

Najpoważniejszymi domniemanymi błędami w sztuce ze skutkiem śmiertelnym mają się zajmować działy w prokuraturach regionalnych, a tymi mniejszego kalibru – prokuratury okręgowe.

Z analizy przeprowadzonej przez Prokuraturę Krajową (utworzono w niej stanowisko koordynatora ds. błędów medycznych) wynika między innymi, że niektórzy śledczy zadawali powołanym biegłym nieprecyzyjne pytania; zdarzało się, że w wyniku uzyskanych na tej podstawie opinii umarzano postępowania.

Mają usprawnić przebieg postępowań

– *Stworzenie wyspecjalizowanej komórki zajmującej się tą kategorią postępowań winno usprawnić ich tok. Stąd też podstawowym zadaniem prokuratorów V Samodzielnego Działu do spraw Błędów Medycznych w Prokuraturze Regionalnej w Katowicach jest prowadzenie i nadzorowanie postępowań przygotowawczych dotyczących tych spraw* – mówi nam Bożena Jaworek-Kaziród z Prokuratury Regionalnej w Katowicach.

Prokuratura Regionalna w Katowicach przejęła z podległych jej jednostek prokuratury 52 postępowania przygotowawcze dotyczące spraw medycznych.

– *Obecnie w tym dziale pozostaje 28 postępowań przygotowawczych. Prokuratorzy dokonują też – w miarę możliwości – analizy akt spraw z tej kategorii, toczących się lub zakończonych, w tym umorzeniach, a prowadzonych w podległych jednostkach* – dodaje prok. Jaworek-Kaziród. – *Po takiej analizie prokurator zajmuje stanowisko*

w zakresie prawidłowości prowadzonego postępowania w badanej sprawie i ewentualnej potrzeby jego uzupełnienia – tłumaczy.

Sprzeczne zaświadczenia – potrzebna opinia uzupełniająca

– Na skutek poczynionych ustaleń jedno z badanych postępowań zostało podjęte przez prowadzącą je dotąd jednostkę prokuratury, w dwóch innych sprawach realizowane są natomiast przez te prokuratury czynności dowodowe, które mają na celu sprawdzenie okoliczności, które uzasadniałyby wydanie postanowienia o podjęciu lub wznowieniu postępowania – informuje prokurator Jaworek-Kaziród.

Jedna ze spraw dotyczy okoliczności śmierci dziecka w styczniu 2010 r. w jednym z katowickich szpitali. Rodzinie wydano dwa zaświadczenia o sprzecznej ze sobą treści: kartę wypisową i kartę zgonu dziecka. Na jednym pojawia się informacja, że chłopczyk żył 12 minut po urodzeniu, na drugim – że dziecko urodziło się martwe.

Jeszcze w czasie ciąży stwierdzono wadę płodu w postaci wytrzewienia. Kolejne badania potwierdziły tę diagnozę, ale jednocześnie wskazały na prawidłowy rozwój płodu. Tuż po porodzie dziecko miało zostać poddane operacji. Niestety, zmarło.

Prokurator wydając postanowienie o umorzeniu postępowania przygotowawczego oparł się na opinii sporządzonej przez zespół biegłych z Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Prokurator nie dopatrzył się żadnych nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy.

Jednak zdaniem rodziców dziecka w opinii sporządzonej przez łódzki ośrodek nie zostały omówione wszystkie kwestie konieczne do ustalenia, czy na zgon ich syna miały wpływ ewentualne zaniedbania i błędy lekarskie. Dlatego biegli powinni w opinii uzupełniającej odpowiedzieć na szereg dodatkowych pytań. Teraz sprawę bada ponownie katowicka prokuratura.

– W wyniku analizy akt tej sprawy wskazano konieczność realizacji szeregu czynności dowodowych. Dopiero po ich wykonaniu możliwe będzie zajęcie stanowiska co do wzruszenia dotychczasowej decyzji merytorycznej podjętej w tej sprawie i ewentualnego podjęcia śledztwa – wyjaśnia prok. Bożena Jaworek-Kaziród.

Sprawdzają zasadność umorzeń

Z kolei Prokuratura Regionalna w Gdańsku przejęła od prokurator rejonowych ok. 80 spraw dotyczących ewentualnych błędów lekarskich.

– Badaliśmy zasadność umorzeń spraw dotyczących domniemanych błędów lekarskich i nie znaleźliśmy powodów, aby je wznowić. Przejęliśmy także sprawy zawieszone, które czekają na opinie biegłych lekarzy są-

dowych – informuje nas Ewa Brodzińska z Prokuratury Regionalnej w Gdańsku.

Jedna ze spraw, które badają gdańscy śledczy, dotyczy śmierci 5-letniej dziewczynki. Postępowanie zostało przejęte z Prokuratury Rejonowej w Kościerzynie. Prokuraturę powiadomił lekarz ze Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie oraz rodzice dziecka. Zgon 5-latki nastąpił w kwietniu br., a powodem miała być sepsa.

– Wykonywane są dalsze czynności dowodowe, czekamy na dokumentację z Zakładu Medycyny Sądowej – dodaje prok. Brodzińska. – Dopiero, gdy prokuratura uzyska te materiały, powołany zostanie skład ekspertów, który będzie miał za zadanie określić, czy leczenie 5-latki przebiegało prawidłowo.

Proces leczenia na biurkach śledczych

Sprawami dotyczącymi błędów medycznych, które nie zakończyły się śmiercią pacjenta, lecz potencjalnie mogły mieć bezpośredni wpływ utratę życia i zdrowia zajmują się Prokuratury Okręgowe.

Np. w częstochowskiej Prokuraturze Okręgowej jest 28 tego rodzaju spraw; 18 z nich jest zawieszonych – czekają na opinie biegłych.

– Spraw dotyczących zgonów pacjentów było wiele i to prokurator regionalny decydował, którymi ma zajmować się Prokuratura Regionalna lub Okręgowa – wyjaśnia Robert Wypych z Prokuratury Okręgowej w Częstochowie. Przypomina, że w sprawach dotyczących bezpośredniego zagrożenia utraty życia i zdrowia, czyli takich, gdzie pacjent przeżył, trzeba oczywiście dokonywać sprawdzeń, czy leczenie przebiegało prawidłowo.

Wątpliwości środowiska lekarskiego

Powołanie do życia speckomórek prokuratorskich zajmujących się sprawami medycznymi od początku wzbudzało wątpliwości w środowisku lekarskim.

Zdaniem dr Macieja Hamankiewicza, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, ich funkcjonowanie może sugerować, że środowisko lekarskie jest na tyle kryminalne, że trzeba powołać specjalne działy do walki z przestępczością w zawodach medycznych: – Podważa to i tak mocno już nadwątlone zaufanie do zawodu lekarza – mówił nam prezes NRL.

Także zdaniem dr Zbigniewa Brzezina, Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej, powołanie takich działów w prokuraturach nie jest dobrym pomysłem. W jego opinii, w Polsce zbyt szafuje się pojęciem „błąd medyczny”. – Większość przypadków, które uznaje się za taki błąd, w krajach zachodnich jest przypisywana do niekorzystnych zdarzeń medycznych, powikłań czy zdarzeń, które przy każdym działaniu medycznym mogą wystąpić – powiedział dr Brzezina.

BM

(przedruk z internetowej wersji „Rynku Zdrowia” z 8.VIII.2016)

AUDYT USTAW ZDROWOTNYCH – PRECZ Z ABSURDAMI

Minister zdrowia chce zmienić przepisy, które zmuszają lekarzy do pisanie szeregu sprawozdań, a szpitale skazują na liczne kontrole.

Prawo dotyczące organizacji ochrony zdrowia wymaga gruntownych zmian. Szereg ustaw ma przepisy, które utrudniają funkcjonowanie i szpitali, i przychodni. Ich pracownicy, zamiast realizować główny cel placówek medycznych, jakim jest leczenie, większość czasu muszą poświęcać na dopełnienie obowiązków biurowych. Takie wnioski płyną z raportu przygotowanego przez zespół ekspertów.

Wytykają oni błędy w przepisach, które paraliżują prowadzenie działalności leczniczej lub wprowadzają bezzasadną nierówność podmiotów.

Absurd 1

Chodzi np. o termin przedawnienia roszczeń dla świadczeniodawców w rozliczeniach z NFZ. Kodeks cywilny przewiduje, że ewentualne zobowiązania finansowe przedawniają się po trzech latach, a NFZ korzysta z dopuszczonego w przepisach wyjątku, umożliwiającego dziesięcioletni termin przedawnienia swoich roszczeń. To nierzadko zabija budżety placówek medycznych.

– *Takie rozwiązanie umożliwia NFZ tzw. weryfikację wsteczną swych należności aż przez 10 lat. Jeśli bowiem kontrolerzy dopatrzą się w sprawozdaniach placówki nieprawidłowości w rozliczeniach sprzed siedmiu lat, odliczą te kwoty i potrącają z zapłaty za bieżąco wykonywane i sprawozdawane przez szpital usługi medyczne* – mówi Tomasz Pęcherz, radca prawny i przewodniczący zespołu, który opracowywał raport.

Głośnym echem odbiły się działania NFZ w 2013 roku. Wezwał on lekarzy z przychodni POZ do zwrotu dużych kwot, jakie zapłacił im za leczenie nieubezpieczonych nawet osiem lat temu, np. na Podkarpaciu wezwania do zwrotu pieniędzy dostało ok. 160 przychodni. Urzędnicy uważali, że lekarze powinni sprawdzać, czy pacjent ma ubezpieczenie zdrowotne, i od tego uzależnić leczenie.

Absurd 2

Nieporozumieniem jest też fakt, iż placówka medyczna jest wyłączona z zasad ustawy o swobodzie działalności. A ta przewiduje, iż w jednej instytucji może być w jednym czasie prowadzona jedna kontrola. Tymczasem według ustawy o działalności leczniczej kontrole może prowadzić jednocześnie i NFZ, i minister zdrowia, i np. wojewoda. W praktyce kilka wizyt przedstawicieli instytucji publicznych w szpitalu paraliżuje jego pracę. Autorzy raportu rekomendują więc, aby podmiotom

leczniczym umożliwić działanie na zasadach przewidzianych dla przedsiębiorców. Czyli wprowadzić zasadę, że np. w jednym czasie w podmiocie leczniczym może być prowadzona tylko jedna kontrola.

Absurd 3

Na trudności w funkcjonowaniu szpitala w dużym stopniu wpływają także wymagania co do sprzętu, kadry medycznej czy wyposażenia sal, jakie narzuca NFZ i minister zdrowia, warunkując tym podpisanie umów. Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym i rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego wskazują chociażby, że na SOR szpital ma zapewnić dostęp pacjentom do przyłóżkowego zestawu RTG. Nie wystarczy, że placówka medyczna ma w pełni wyposażony dział diagnostyki obrazowej.

Podobnie SOR musi dysponować salą intensywnej terapii. Szpital nie podpisze kontraktu z NFZ na oddział ratunkowy, jeśli będzie miał tylko oddział intensywnej terapii. Te wymogi generują dodatkowe koszty. A są one niezbędne dla bezpieczeństwa pacjenta. Dlatego autorzy raportu proponują, aby minister zdrowia w rozporządzeniu dotyczącym SOR zrezygnował z tak szczegółowych kryteriów co do wyposażenia, a wskazał jedynie konieczność posiadania RTG w lokalizacji oddziału ratunkowego.

Jeszcze więcej problemów generują regulacje prezesa NFZ, np. załącznik nr 2 do zarządzenia nr 90/2011/DSOZ z 13 grudnia 2011 roku wskazuje, że NFZ ocenia, czy oddział chorób wewnętrznych ma kolonoskop i gastroskop. Podczas, gdy oddział gastroenterologii w ogóle nie musi wykazać się posiadaniem takiego sprzętu. Wystarczy, aby miał pracownię endoskopii.

Prawnicy specjalizujący się w dochodzeniu roszczeń za błędy medyczne mają jednak inne zdanie co do wymagań, jakie narzuca się szpitalom. – *Spełnienie wymogów gwarantujących bezpieczeństwo pacjentów rzeczywiście kosztuje. Może zatem zrezygnujemy z nich, bo przecież, kierując się logiką powyższego stwierdzenia, podmioty lecznicze i tak dobrowolnie, nie mając restrykcyjnych przepisów, zadbają o „dobro pacjenta”*. Tyle że bezkosztowo – ironizuje Jolanta Budzowska, radca prawny z Kancelarii Budzowska Fiutowski i Partnerzy.

Absurd 4

Część raportu jest poświęcona funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze pierwszego kontaktu borykają się z obowiązkiem pisanie takiej liczby sprawozdań i dokumentów, że na pacjentów zostaje im niewiele czasu.

– *Musimy przygotowywać niezliczoną ilość raportów do GUS, urzędu marszałkowskiego, sanepidu czy NFZ. Powinno się robić jedno sprawozdanie do Ministerstwa Zdrowia i każda inna zainteresowana instytucja mogłaby sobie z niego czerpać dane* – mówi Marek Twardowski, lekarz z Porozumienia Zielonogórskiego i współautor raportu.

Dlatego ministerialny zespół rekomenduje, aby przychodnia sporządzała jedno zbiorcze sprawozdanie i wysyłała je tylko do resortu zdrowia. Teraz placówki muszą np. sprawozdawać do sanepidu, jaką liczbę szczepionek zużyły na kwartał i jakie będzie zapotrzebowanie na szczepionki na przyszły rok. Do tej samej instytucji przesyłają informacje o podejrzeniu zapadnięcia na chorobę zakaźną, w tym o każdej biegunce o nieustalonej etiologii.

Do GUS placówki medyczne przekazują też co kwartał informacje o liczbie zatrudnionych osób z podziałem na wykonywane zawody, formę ich zatrudnienia i wynagrodzenie brutto każdego z pracowników.

– *Kuleje od lat informatyzacja. Nie ma przepływu tych dokumentów w trybie on-line, nawet e-recept. Stąd lekarze rodzeni, którzy są dość zaawansowani wiekiem, napotykać na liczne utrudnienia, prowadząc swoje praktyki, a nie mogą liczyć na żadne wsparcie ze strony państwa* – mówi Paulina Kieszkowska-Knapik, adwokat z kancelarii Kieszkowska Rutkowska Kolasiński.

Absurd 5

Lekarzom najbardziej we znaki dają się przepisy dotyczące wypisywania recept. Według ustawy refundacyjnej lekarz musi mieć receptę na każdy zakres umowy z NFZ. Przykład: udzielający świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz nocnej i świątecznej POZ powinien mieć trzy różne bloczki recept, niczym się od siebie nie różniące. – *NFZ mógłby wydawać recepty na konkretnego lekarza i jego prawo wykonywania zawodu. Bo później, gdy dopatry się nieprawidłowości w obiegu kilku numerów recept od tego samego lekarza, są nieprzyjemności i kary finansowe nakładane na placówkę* – tłumaczy Marek Twardowski.

Absurd 6

Duża część raportu jest poświęcona także kształceniu lekarzy i trudnościom, które napotykać, robiąc specjalizację. Brakuje wystarczającej liczby miejsc specjalizacyjnych i szkoleniowych. Jest to szczególnie widoczne w specjalizacjach lekarsko-dentystycznych. Taka sytuacja zmusza lekarzy dentystów do korzystania z oferty niezwykle drogich certyfikowanych kursów. Z kolei lekarze przebywający na długich stażach blokują innym miejsca szkoleniowe.

Ekspertki wskazują, iż jest nierównomierny dostęp do specjalizacji w poszczególnych województwach, a same programy specjalizacji w jednostkach prowadzących nie są uaktualniane na bieżąco w miarę postępu wiedzy w danej dziedzinie medycyny. Panaceum ma być regularna

aktualizacja programów specjalizacji, uwzględniająca analizy towarzystw naukowych czy konsultantów krajowych oraz lekarzy, którzy państwowy egzamin specjalizacyjny z danej dziedziny zdali ze skutkiem pozytywnym w roku poprzedzającym.

Zdaniem prof. dr hab. med. Romualda Krajewskiego, wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, z liczbą rezydentur nie jest aż tak źle: – *Często miejsca rezydentur są niezapełniane, zwłaszcza w dziedzinach medycyny uznanych przez ministra zdrowia za priorytetowe, czyli medycyna rodzinna, geriatria i interna itd. Młodzi ludzie wolą wybierać inne specjalizacje, z którymi wiąże się później lepsze uposażenie* – mówi. Pożądaną specjalizacją jest np. kardiologia. Prof. Krajewski podkreśla jednak, że ograniczeniem jest regulacja prawna, wedle której w danym naborze młody lekarz może złożyć wniosek o przyjęcie tylko na jedną specjalizację. Nie może wybrać alternatywnej. Gdy się nie dostanie na tę pierwszą, musi czekać pół roku na kolejny nabór.

Autorzy wskazują także, że istnieje problem z finansowaniem rezydentur – nie ma realnej zachęty dla placówek opieki zdrowotnej do starania się o akredytację i prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Ministerstwo Zdrowia wypłaca podmiotom prowadzącym szkolenie z opóźnieniem pieniądze przeznaczone na finansowanie pensji rezydentów. W konsekwencji w wielu jednostkach powoduje to opóźnianie wypłat wynagrodzeń dla rezydentów albo np. zarządzający przychodniami rodzinnymi muszą brać kredyt na ten cel. W związku z tym resort zdrowia powinien finansowo promować jednostki szkolące lekarzy, np. poprzez wyższe wartości umów z NFZ, ulgi podatkowe. A źródłem finansowania pracy lekarzy w trakcie specjalizacji mógłby być specjalny fundusz.

Okazuje się jednak, że rezydentury nie są już wcale takie atrakcyjne. – *Są słabo wynagradzane. Młody człowiek, który jest np. na etapie zakładania rodziny, woli zatrudnić się w kilku miejscach, np. szpitalu i przychodni, bo jest to bardziej opłacalne. Rezydentura pozwala mu zaś na pracę tylko w jednej placówce. Ewentualnie może dorobić dodatkowo nocnymi dyżurami* – mówi prof. Krajewski.

Inna sprawa, że szpitale też niechętnie zatrudniają lekarzy w trakcie specjalizacji, gdyż nie są oni w pełni dyspozycyjni. Muszą przecież uczestniczyć w kursach specjalizacyjnych.

Źródło problemów opisanych w raporcie zdaniem prawników tkwi w złej jakości tworzonego prawa. – *Ustawodawstwo jest pisane na kolanie, nieprecyzyjnie. Jedna ustawa jest nowelizowana kilkanaście razy w ciągu dwóch-trzech lat. Stąd później takie problemy. Sytuację poprawiłoby wprowadzenie klauzuli, że w razie wątpliwości przepisy trzeba interpretować na korzyść pacjenta* – podsumowuje Paulina Kieszkowska-Knapik.

Katarzyna NOWOSIELSKA

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/16)

SZCZEPIENIA DZIECI

Rodziców, którzy nie szczepią swoich dzieci, nie można potępiać. Najważniejszą, a często jedyną przyczyną ich decyzji stanowi troska o zdrowie dziecka. Problemem jest zalew fałszywych lub sprzecznych informacji (albo niewiedza) dostępnych dla przeciętnego odbiorcy. Lekarze muszą odnaleźć się w tej rzeczywistości, żeby szczepienia ochronne, czyli to, co uważamy za jedną z największych zdobyczy medycyny w zakresie zdrowia publicznego, pozostały skuteczne.

Dyskutowano o tym na sesji poświęconej szczepieniom ochronnym, która odbyła się podczas IX Kongresu Polonii Medycznej. Sesja cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem. Wiedzą i doświadczeniami dzielili się lekarze z Polski, krajów zza naszej wschodniej granicy – Białorusi i Litwy, ze Szwecji oraz Stanów Zjednoczonych i Kanady.

Dwa głosy zza oceanu były szczególnie istotne, gdyż przybliżały zasadniczy problem – coraz większej, narastającej, liczby rodziców, którzy odmawiają zgody na szczepienia ochronne dzieci. Według prelegentów takich rodziców w Polsce jest przynajmniej 17 tys. (liczba dotyczy ubiegłego roku, ale według raportu Najwyższej Izby Kontroli, opublikowanego w kwietniu 2016, NIZP-PZH może nie dysponować pełnymi danymi, gdyż system przekazywania informacji o odmowach szczepień wymaga poprawy).

Na pytanie „*Dlaczego rodzice rezygnują ze szczepienia swoich dzieci?*” próbował znaleźć odpowiedź dr Andrzej Kajetanowicz z Kanady. Nieufność wobec szczepień może się brać z przesłanek nieracjonalnych, np. mody, zabobonów, medycyny alternatywnej, religii, może mieć jednak równie dobrze umocowanie w badaniach naukowych (choć często nierzetelnych), bazować np. na wyrokach wymiaru sprawiedliwości (znane są orzeczenia, które przyznają wysokie odszkodowania ofiarom niepożądanych odczynów poszczepiennych). Trudno więc z góry zakładać, że rodzic odmawiający szczepienia dziecka działa nieracjonalnie.

Dr Kajetanowicz zwrócił uwagę, że nieufność wobec szczepień bywa konsekwencją złych doświadczeń z przeszłości, w której popełniono istotne błędy. I nie chodzi wcale o rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia, jakie mogły nieść niektóre szczepionki, ale z zatajania pewnych faktów, np. podejrzeń, że szczepionka przeciw polio (z lat 50. i 60.) może mieć związek z większą zapadalnością na nowotwory. Ta teoria była sprawdzana, ale potajemnie, informacje na temat podejrzeń ukryto w obawie przed paniką. Badania wykazały, że związku nie ma, ale pogłoski zrobiły swoje i zaczął krążyć mit o szkodliwości szczepionki (jednej, a więc może i pozostałych?). – *Ukrywanie faktów sprzyja teoriom spiskowym* – powiedział dr Kajetanowicz.

Jakie inne czynniki powodują niechęć do szczepień? Często uważa się, że przeciwnicy szczepień bagatelizują choroby, przed którymi szczepienia chronią. Dr Kajetanowicz zwrócił uwagę, że może to nie wynikać z bagatelizowania czy braku wyobraźni. Niektórym łatwiej zaakceptować naturalne ryzyko, że dziecko zachoruje, niż ryzyko (choćby było dużo mniejsze), że po szczepieniu nastąpią komplikacje.

Szczepienia, jak mówiło wielu prelegentów, padły ofiarą swojego własnego sukcesu. Eliminując choroby, spowodowały, że ludzie przestali uważać, iż są dobre, konieczne, pożądane. Nie bez znaczenia jest też nieustanny postęp medyczny i fakt, że medycyna „czyni cuda”. Rodzice zaczynają wierzyć, że skoro lekarze już niemal wszystko potrafią, poradzą sobie bez problemu z „banalnymi chorobami wieku dziecięcego”, takimi jak odra, świnka czy ospa wietrzna, nawet jeśli ich dziecko zachoruje. Nikt nie zakłada najgorszego, czyli ciężkich komplikacji, którym nie da się zapobiec i wobec których często lekarze są bezradni.

Jak rozmawiać z rodzicami, by przekonać ich do zaszczepienia dziecka? Dr Marian Ołpiński ze Stanów Zjednoczonych wskazał, że ogromna odpowiedzialność za podważanie sensu szczepień spoczywa na mediach, które wręcz kreują modę na nieszczepienie, choćby nagłaśniając antyszczepionkowe wybory celebrytów czy napraszając do dyskusji ekspertów oraz przedstawicieli ruchów antyszczepionkowych. Tworzy się przez to wrażenie, że szczepienie nie jest procedurą medyczną, o której powinni się wypowiadać wyłącznie profesjonaliści, ale kwestią wyboru, stylu życia.

Dr Ołpiński zwrócił uwagę, że poza rodzicami, którzy zdecydowanie odmawiają jakichkolwiek szczepień, jest olbrzymia grupa rodziców prezentujących pośrednie postawy: rodzice, którzy odrzucają szczepienia, ale mają wątpliwości co do swojej decyzji, rodzice, którzy chcą szczepić dziecko tylko przeciw niektórym chorobom albo dążą do modyfikacji kalendarza szczepień (opóźniają szczepienia), rodzice, którzy decydują się na szczepienia, ale mają obawy. Ze wszystkimi trzeba rozmawiać, choć na pewno rozmowa ze zdecydowanymi przeciwnikami szczepień jest frustrująca. Lekarz nie powinien jednak „odpuszczać”, godzić się z odmową szczepień. Dlaczego? – *Rodzice kochają swoje dzieci i dążą do podejmowania racjonalnych decyzji* – twierdził dr Ołpiński. Ich sprzeciw wynika często z dezinformacji. Rozmowa z lekarzem musi uwzględniać to, że rodzic przychodzący do gabinetu już „swoje wie”. Przeczytał w Internecie, usłyszał w radiu, telewizji. I się boi.

Lekarzom w rozmowach z rodzicami ma pomóc metoda CASE, opracowana przez dr Alison Springer, przewodniczącą Autism Science Foundation. Opiera się ona na zasadach klasycznej retoryki Arystotelesa. Argumentacja rzeczowa (*logos*), emocjonalne zaangażowanie (*pathos*) i autorytet, reputacja (*ethos*) są równoważone i muszą stanowić jeden przekaz. Jak to działa? Lekarz podczas rozmowy powinien wyrazić autentyczne zrozumienie dla obaw rodziców (*pathos*, zaangażowanie emocjonalne), przedstawić im wiarygodne informacje na temat swojego profesjonalizmu, odwołać się do swojej wiedzy medycznej (*ethos*), powołać się na wiedzę naukową, wyniki badań (*logos*) i pomóc rodzicom w podjęciu decyzji, zaangażować się (*pathos*).

Samo przekazanie informacji nie wystarczy. Rodzice czekają na informację emocjonalną, chcą być przekonani, że w sprawie szczepienia swojego dziecka podjęli słuszną decyzję.

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 6-7/16)

MÓZG NIGDY NIE JEST TABULA RASA

Rokrocznie od 1996 r., w trzecim tygodniu marca, obchodzony jest Światowy Tydzień Mózgu (*Brain Awareness Week*). Projekt zapoczątkowany został w Stanach Zjednoczonych z inicjatywy organizacji pn. *Dana Alliance for Brain Initiatives*, założonej i wspieranej przez prywatną Fundację Dana (amerykańskiego biznesmena i filantropa Charlesa A. Dana). Celem DABI, którą tworzy już ponad trzysta pięćdziesiąt instytucji na całym świecie, jest propagowanie wiedzy o postępach w badaniach nad mózgiem oraz rozpowszechnianie informacji o działaniu układu nerwowego w warunkach normy i patologii w sposób zrozumiały dla osób, które nie specjalizują się w tej tematyce.

Poszerzanie horyzontów

W Polsce wydarzenia edukacyjne w ramach Światowego Tygodnia Mózgu (STM) organizowane są od 1999 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Badań Układu Nerwowego i wspierane przez Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN. Organizacją obchodów STM w Łodzi zajmuje się od trzech lat Młoda Farmacja – Oddział Łódź, organizacja studencka działająca w ramach Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, funkcjonująca na Wydziale Farmacji łódzkiego Uniwersytetu Medycznego.

W tym roku obchody STM przypadały w dniach 14–16 marca, a jego główne wydarzenia miały miejsce w Centrum Kliniczno-Dydaktycznym UM przy ul. Pomorskiej. Wykładom, odbywającym się w Auli 1000 CKD, towarzyszyło wiele innych inicjatyw, m. in. sesja plakatowa, prezentująca w foyer prace studentki grafiki łódzkiej ASP – Justyny Franczak, której tematem był mózg. Gościem STM była również psycholog i neuroterapeuta Katarzyna Bodziańska-Kulik, która w części warsztatowej zaprezentowała trening funkcji poznawczych mózgu za pomocą klasycznego biofeedbacku oraz urządzeń Body Interface Computer, co stało się niepowtarzalną okazją, aby zbadać zakresy fal elektromagnetycznych, charakterystycznych dla różnych rodzajów aktywności własnego mózgu! Podczas jednej z sesji ogłoszono również wyni-

ki konkursu fotograficznego pn. „Myśli miasta”, dedykowanego studentom i uczniom szkół średnich, którego tematem były złudzenia optyczne i zabawa perspektywą w kontekście krajobrazu miasta Łodzi.

Czy nasze zmysły mogą fałszować?

Wykłady w ramach STM tradycyjnie miały charakter otwarty i cieszyły się dużym zainteresowaniem ze względu na niezwykle interesującą tematykę, jak i prowadzenie ich przez znanych i lubianych prelegentów.

Pierwszego dnia obchodów swą obecnością i prezentacją, zatytułowaną „Dlaczego myślimy i jak nasz mózg prowadzi nas na manowce”, zaszczylił słuchaczy prof. dr hab. Jerzy A. Vetulani – wybitny polski psychofarmakolog, neurobiolog i biochemik, niepowtarzalna postać na scenie neurosciences, doctor honoris causa UM w Łodzi, jeden z najczęściej cytowanych naukowców polskich w dziedzinie biomedycyny, a także świetny, przykuwający uwagę słuchaczy, wykładowca i dydaktyk.

Profesor w niezwykle ciekawy sposób omówił, jak jest zbudowany mózg i jak się rozwija u człowieka, zwłaszcza w okresie płodowym i dzieciństwie, mając na uwadze procesy ewolucyjne i determinizm genetyczny, a także np. warunki środowiskowe oraz więzi emocjonalne z opiekunami (*parenting*), które mają ogromny wpływ na kształtowanie myślenia. Zwrócił również uwagę na rolę neuronów lustrzanych, dzięki którym możliwe jest wnioskowanie o stanach umysłu innych osób: poznawanie ich emocji i intencji wyrażanych niewerbalnie na podstawie gestykulacji, mimiki czy zachowań, mając na względzie wcześniejsze doświadczenia społeczne i własne stany umysłu. Rejon mózgu, w których te neurony występują, odpowiada prawdopodobnie za odczuwanie takich stanów emocjonalnych, jak empatia czy współczucie, a z kolei nieprawidłowe jego funkcjonowanie może być jedną z przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu.

J.A. Vetulani omówił także rolę rejonu lewej półkuli mózgu, w którym ma działać tzw. interpretator świata; to tu – zgodnie z hipotezą amerykańskiego profesora psychologii – Michaela Gazzanigi, analizującego wpływ

przecięcia spoidel mózgu na jego funkcje – powstają wierzenia i religie, pozwalające nam wyjaśnić zjawiska i zachowania, jakich nie jesteśmy w stanie racjonalnie pojąć. W tym miejscu wypada wspomnieć, że przeprowadzone badania sugerują, iż w ludzkich mózgach ewolucyjnie zakodowane są pewne uniwersalne

reguły moralne, zgodnie z którymi powinniśmy postępować, a ponieważ nie możemy ich uzasadnić, nasz umysł wymyśla Boga, nieśmiertelną duszę i wieczne zbawienie. Co ciekawe, obrazy tworzone przez neurony rejonu wspomnianego interpretatora, są niekiedy relacjonowane przez osoby wierzące jako rzekome cudowne objawienia.

Uzależnienia – permanentną chorobą mózgu

Wykład pt. „*Uzależnienia behawioralne XXI wieku*”, który odbył się drugiego dnia ŚTM w Łodzi, prowadziła prof. dr hab. Małgorzata Filip z Katedry i Zakładu Toksykologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, jednocześnie związana z Pracownią Farmakologii Uzależnień Instytutu Farmakologii PAN. Rozpatrując uzależnienia jako permanentną chorobę mózgu, Profesor argumentowała, że nie są one skutkiem braku silnej woli, lecz zaburzeń o złożonym mechanizmie chorobowym, przebiegających w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają leczenia, podobnie jak inne przewlekłe, a nawet śmiertelne choroby.

Profesor szeroko omówiła problematykę hazardu patologicznego, którego kryteria – jak wykazują badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych – spełnia około 2 mln. dorosłych mieszkańców tego kraju, czyli 1% populacji, z czego jedna czwarta to kobiety. Jeśli chodzi o kraje Unii Europejskiej, w tym Polskę, osoby uzależnione od hazardu stanowią – jak się ocenia – od około 1,5 do 2% populacji, natomiast 3–4% – uprawia hazard problemowo. Istotna jest też skala tzw. hazardu on-line, który według szacunków uprawia na świecie ponad 20 mln. internautów, przy czym miesięczna wartość internetowej branży hazardowej sięga ponad 20 mld. dolarów. W naszym kraju mamy ponad 0,5 mln e-hazardzistów, wydających na ten cel ponad 10 mln. złotych miesięcznie.

Następnie M. Filip płynnie przeszła do omówienia zagadnienia uzależnienia od Internetu, który dotyczy około 15% wszystkich użytkowników sieci na świecie, a szczególnie jest on nasilony w krajach azjatyckich. W Chinach, gdzie to uzależnienie dotyczy około 11 mln. nastolatków, należących do tzw. screen generation, wprowadzono regulacje prawne ograniczające maksymalny czas dozwolony na gry komputerowe do trzech godzin na dobę. W krajach UE co dziesiąty obywatel uzależniony jest od Internetu, w Polsce jest to około 300 tys. osób. Dodajmy, że pierwszy przypadek chorobowy w postaci uzależnienia internetowego został u nas oficjalnie zdiagnozowany w Krakowie w 2004 r. Od tego tematu tylko krok do

problemu uzależnienia od zakupów, gdyż w obecnych czasach sieć stanowi wielkie centrum e-handlowe. Według różnych badaczy, problem kompulsywnych zakupów obejmuje do 16% ogólnej populacji, przy czym 80–90% przypadków dotyczy kobiet (albo one, częściej niż mężczyźni, do tego się przyznają).

Ostatnim, omówionym przez Profesor typem uzależnienia behawioralnego jest pracoholizm, który – jak się szacuje – dotyczy około 5% populacji, przy czym jest szczególnym zagrożeniem dla młodych ludzi, rozpoczynających swoją karierę zawodową, w tym również medyków. W przeciwdziałaniu temu uzależnieniu najistotniejsza jest profilaktyka, uwzględniająca ograniczenie czasu przeznaczonego na pracę maksymalnie do pięćdziesięciu dwóch godzin tygodniowo, delegowanie zadań i odpowiedzialności na innych, wyznaczenie granic swojej dostępności dla spraw zawodowych, a także ustalenie stałych terminów, kiedy jest się wyłącznie do dyspozycji najbliższych lub w których poświęca się czas pasjom pozazawodowym. Należy mieć na uwadze, że pracoholizm może mieć poważne konsekwencje w postaci nerwicy, zespołu przewlekłego zmęczenia czy wypalenia zawodowego, ale też niekiedy może doprowadzić nawet do śmierci. Pierwszy przypadek karo-shi, czyli nagłej śmierci spowodowanej przeciążeniem pracą (zawał u 29-letniego pracownika), zanotowano w 1969 r. w Japonii, a aktualnie odnotowuje się w tym kraju około 30 tys. zgonów z przepracowania. Co więcej, problemem w Japonii zaczyna być również karo-jisatsu, czyli samobójstwo będące konsekwencją obciążenia psychicznego pracą oraz stresującymi warunkami zatrudnienia.

Stworzyły nas... samolubne geny

Samobójstwo jest skrajną formą zachowań o charakterze autodestrukcyjnym, bardzo trudną do zrozumienia, biorąc pod uwagę naczelną zasadę ewolucji: przetrwać i rozmnożyć się. Jednakże istnieje kilka hipotez tłumaczących, że akty samounicestwienia są nie tylko motywowane przyczynami psychologicznymi, społecznymi czy patologicznymi, ale mogą również znajdować inne uwarunkowania. Trzeciego dnia ŚTM w Łodzi mówił o tym w swoim wykładzie pt. „*Czy samobójstwo można zrozumieć ewolucyjnie?*” kierownik

Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Nauk Humanistycznych Łódzkiego UM – dr hab. n. med. prof. nadzw. Tomasz Sobów, specjalizujący się w psychiatrii wieku podeszłego.

Profesor odniósł się do kilku hipotez, które zaistniały na ten temat, w tym również do koncepcji ewolucji Richarda Dawkinsa, zaprezentowanej w książce „*Samolubny gen*”, wydanej po raz pierwszy w 1976 r. Hipoteza brytyjskiego biologa zrewolucjonizowała spojrzenie na proces ewolucji przez wskazanie, że może on przebiegać nie na poziomie organizmów, ale pojedynczych... genów. Genów samolubnych, które współpracują i jed-

nocześnie ze sobą rywalizują, dbając o to, by przetrwać i skopiować się w maksymalnej liczbie potomstwa, a do osiągnięcia tego celu tylko wykorzystując organizmy jako swego rodzaju „nosicieli”. Hipoteza ta pozwala zrozumieć wiele zjawisk przedtem trudnych do wyjaśnienia, zwłaszcza zachowań altruistycznych, w tym również samobójstw z pobudek altruistycznych, podejmowanych wbrew własnym egoistycznym interesom (zdrowie, bezpieczeństwo, reprodukcja), w celu udzielenia pomocy spokrewnionym osobnikom.

Przykładem może być eusocjalność, jako najwyższa wśród zwierząt forma społeczności, najlepiej przebadana naukowo u mrówek i termitów, tworzących wielopokoleniowe kolonie, których rolę reproduktorek przejmuje tylko część samic, a pozostali osobnicy współdziałają w opiece nad ich potomstwem, poświęcając życie jednostki dla dobra społeczności. Wyjaśnieniem tego zjawiska jest korzyść w postaci reprodukcji własnych genów, przy czym mamy tu do czynienia ze swego rodzaju paradoksem. Zachowania osobników, wyglądające na altruistyczne, spowodowane są bowiem jak najbardziej „egoistycznymi” działaniami genów. Innym przykładem są zachowania niektórych zwierząt w stosunku do osobników spokrewnionych, np. opieka nad dziećmi lub rodzeństwem, czy dobrowolne poświęcanie się na ich rzecz.

Poza hipotezą altruistyczną, jako próby wyjaśnienia ewolucyjnych mechanizmów samobójstw, Profesor wymienił również hipotezy targowania się i manipulacji pasożytniczej. Hipoteza targowania zakłada, że samobójstwo jest chęcią zwrócenia na siebie uwagi i jest szczególnie aktualna wśród nastolatków, jednakże nie może uzasadniać lekceważenia tego zjawiska w tej populacji. Z kolei hipoteza manipulacji pasożytniczej oparta jest na modelu zakażenia pasożytem *Toxoplasma gondii*, który indukuje zachowania samobójcze u żywicieli pośrednich poprzez zmianę aktywności neuroprzekazników w ich mózgach, dzięki czemu pasożyt może zakończyć swój cykl życiowy u żywiciela ostatecznego. Co ciekawe, wykazano, iż latentna infekcja *T. gondii* jest

powiązana z wyższym ryzykiem wystąpienia prób samobójczych u ludzi, czy podejmowaniem przez kierowców ryzykownych zachowań na drogach, skutkujących śmiertelnymi wypadkami samochodowymi.

Co dwie głowy, to nie jedna?!

Jednym z partnerów Tygodnia Mózgu, organizowanego przez Młodą Farmację w Łodzi, był Mysterious Room – firma prowadząca największy w Polsce escape room, zlokalizowany w łódzkim Pasażu Schillera (wejście od ul. Sienkiewicza 55), w którym zorganizowano osiem pokoi zagadek o różnej tematyce. Ideą gryzabawy jest wydostanie się z zamkniętego pomieszczenia pułapki; aby to osiągnąć, należy wraz z pozostałymi uczestnikami (grupy 2–4 osobowe) rozwiązać znajdujące się w tym pomieszczeniu zagadki, odnaleźć tajemnicze skrytki, czy rozwiązać łamigłówki.

Udział w tego rodzaju rozrywce jest idealnym sposobem na integrację „uwięzzonego” zespołu, kształtowanie metod współpracy z innymi, rozwój umiejętności szybkiej analizy wskazówek, w celu sprawnego rozwiązania zagadnienia. Pokój zagadek może zatem nieco przypominać codzienną współpracę zespołu lekarskiego lub z udziałem innych specjalności medycznych, która czasami, ze względu na brak integracji, może być – niestety – mało wydajna i nie prowadzić do owocnego rozwiązania interdyscyplinarnego problemu klinicznego. Z tego względu zachęcamy do pobudzania swoich „szarych komórek” poza działalnością zawodową lub naukową, czyli po godzinach pracy, w pokojach zagadek Mysterious Room. [...] * Szczegóły: www.pokojezagadki.pl.

Katarzyna KOWAL

Od redakcji: Tytuł jest cytatem z książki zatytułowanej „*Lęk*” Antoniego Kępińskiego (1918–1972), polskiego lekarza psychiatry, naukowca, filozofa, biorącego udział w programie leczenia osób więzionych w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu.

– skrót pochodzi od Redakcji Biuletynu Opolskiego – JBL.

(przedruk z „Panaceum” nr 5/16)

MASŁO CZY MARGARYNA?

Specjalistka twierdzi, że spór o to, czym należy smarować pieczywo – masłem czy margaryną – ma długą tradycję, znacznie wybiegającą w przeszłość. Zaczął się już w latach przedwojennych, gdy zwiększono produkcję margaryny. Jej nazwa pochodzi od greckiego słowa „margaritari”, co znaczy perła, bo początkowo wyglądała jak masa perłowa.

Prof. Elżbieta Bartnikowska uważa, że błąd we wszelkich dyskusjach polega na tym, iż nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy należy używać masła, czy margaryny. „*To zależy od tego, dla kogo zestawiany jest jadłospis*” – podkreśla. Jako przykład podaje osoby z nad-

wagą czy otyłością, które powinny pozostawać na diecie redukującej masę ciała. „*Zwykle zaleca się im zaprzestanie smarowania pieczywa, bo jest to najprostszy sposób, aby zmniejszyć całodobową podaż energii*” – dodaje.

Według specjalistki, masła mogą używać osoby zdrowe, bo dieta jest wtedy bardziej urozmaicona. „*Jest to jeden ze sposobów zapobiegania niedoborom spożycia niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych*” – twierdzi.

Masło zawiera duże ilości średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych lepiej wykorzystywanych przez organizm aniżeli estry kwasów tłuszczowych o długim

łańcuchu. Są w nim również witaminy A i E oraz kwas linolowy. „Dlatego masło jest bardziej polecane w żywieniu dzieci, jak i osób starszych oraz w podeszłym wieku” – podkreśla prof. Bartnikowska.

Smarowanie pieczywa masłem zalecane jest również u osób z upośledzonym wchłanianiem tłuszczów, np. z uszkodzeniem kosmków jelitowych, z tzw. zespołem jelita krótkiego, z cholestazą, czyli zastojem żółci, oraz u chorych na nowotwory ze zmianami zapalnymi jelit po naświetlaniach.

„Ograniczenie spożycie masła rekomendowane jest w profilaktyce chorób układu krążenia o podłożu miażdżycowym oraz u osób ze zwiększonym poziomem cholesterolu w osoczu” – dodaje prof. Bartnikowska.

Prof. Wiktor Szostak z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie ostrzega, że obecność cholesterolu w blaszkach miażdżycowych stwierdzono już w 1847 r. Po II wojnie światowej w badaniach Framingham wykazano, że podwyższony cholesterol we krwi zwiększa ryzyko choroby niedokrwiennej serca.

„Sprawdzono to również na przykładzie plemion afrykańskich Bantu. Murzyni, którzy byli wegetarianami, mieli niski poziom cholesterolu, jednak kiedy zaczęli

jeść masło, jego poziom we krwi wzrastał. Po odstawieniu masła, poziom cholesterolu znowu spadał” – twierdzi prof. Szostak.

Specjalista przyznaje, że dobór kwasów tłuszczowych jest tylko jednym z wielu składników diety wpływających na ryzyko choroby sercowo-naczyniowej. „Dietą w swym całokształcie odgrywa rolę w rozwoju miażdżycy” – dodaje.

Według prof. Szostaka, mniej szkodliwe, niż się wydawało, jest prawdopodobnie tłuste mleko, a nawet śmietana. Wynika to z tego, że w produktach tych znajdują się otaczające tłuszcz mleczny fosfolipidowo-białkowe membrany. „Z opublikowanych niedawno badań wynika, że tłuszcz w ich otoczeniu nie podnosi poziomu złego cholesterolu LDL” – wyjaśnia specjalista.

Tych fosfolipidowych otoczek tłuszczu mlecznego nie ma w maśle, ponieważ w trakcie produkcji są one rozrywane i w większości oddzielane z maślanką. „To bardzo prawdopodobne, ale hipoteza ta wymaga jeszcze potwierdzenia w dalszych badaniach” – podkreśla prof. Szostak.

PAP – Nauka w Polsce www.naukawpolsce.pap.pl

(przedruk z „OSOZ – Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” nr 11/15)

PRAWO NA CO DZIEŃ

NA CZYM POLEGA IMPORT DOCELOWY

Podstawy prawne wprowadzenia do obrotu produktu leczniczego, który nie jest zarejestrowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

Ustawa Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) jasno wskazuje na możliwość sprowadzania, w określonych sytuacjach, produktów leczniczych nie posiadających dopuszczenia do obrotu w Polsce, a zarejestrowanych w kraju, z którego są sprowadzane. Zgodnie z artykułem 4 ust. 7 pkt. 2 ustawy¹, Minister Zdrowia, w drodze rozporządzenia z dnia 21 marca 2012 r.², określił warunki sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczonych do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia.

Import docelowy polega na sprowadzeniu z zagranicy produktu leczniczego nie posiadającego rejestracji w Polsce. Procedura stosowana może być jedynie w przypadku ratowania życia lub zdrowia pacjenta. Lek sprowadzany musi być zarejestrowany w kraju, z którego będzie importowany. W ramach procedury możliwe jest sprowadzenie takiego produktu leczniczego, który w Polsce nie ma zarejestrowanego odpowiednika z taką samą substancją czynną. Odstępstwem od tej normy może być je-

dynie sytuacja, w której w kraju jest odpowiednik ale jest droższy od tego, który można sprowadzić.

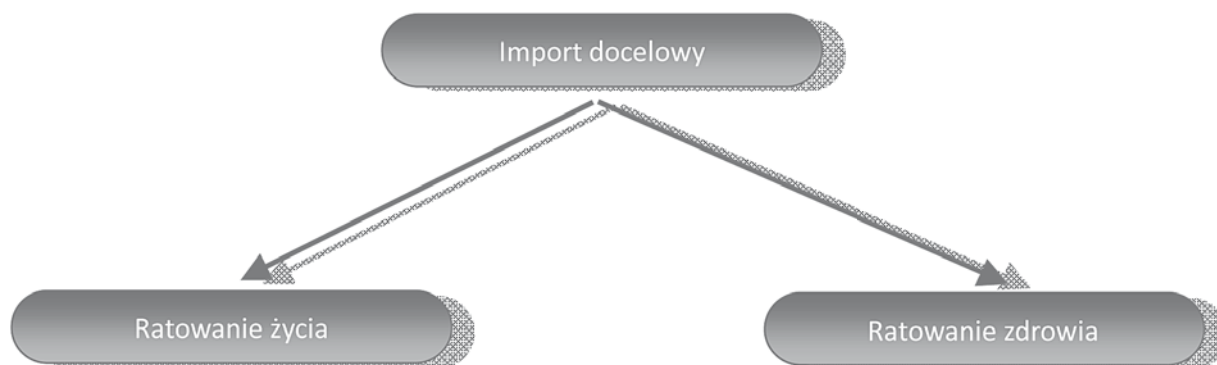
Zgodnie z definicją Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie, to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności. W związku z powyższym definicja „ratowania zdrowia” w aspekcie importu docelowego to takie postępowanie, którego celem jest doprowadzenie pacjenta do stanu, jak najbardziej zbliżonego wskazanej definicji. Oczywiście należy pamiętać o wszelkich dodatkowych warunkach, jakie należy spełnić, aby tego typu procedura mogła być wykonana

Kryterium kwalifikacji pacjentów do terapii

Istotnym elementem prawidłowego prowadzenia leczenia pacjenta z zastosowaniem procedury importu docelowego jest wdrożenie odpowiednich standardów kwalifikacji do leczenia. Działanie takie pozwoli na określenie



Istotnym elementem postępowania w omawianym przypadku jest zdefiniowanie pojęć



zasad postępowania i stosowania preparatu dotychczas nie stosowanego w Polsce. Świadczeniodawca określając kryteria kwalifikacji pacjentów do leczenia danym preparatem określi grupę pacjentów, którym rzeczywiście podanie leku będzie skutkowało poprawą dobrostanu zdrowotnego. Natomiast Płatnik będzie mógł jasno przewidzieć koszty terapii co w przyszłości może być przyczynkiem do rozwinięcia finansowania leczenia schorzeń związanych z importowanym w ramach importu docelowego leku.

Postępowanie administracyjne dotyczące procedury importu docelowego.

Ministerstwo Zdrowia w szczegółowy sposób przedstawia tryb postępowania dotyczącego sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia na drodze standardowej procedury rejestracji leku w Polsce.

Aby móc zrealizować tego typu postępowania należy spełnić następujące warunki:

- zastosowanie preparatu jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta,
- dany produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany,
- posiada aktualne pozwolenie dopuszczenia do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany,
- nie może być zarejestrowany w Polsce odpowiednik z tą samą substancją czynną.

W przypadku zastosowania u pacjenta substancji czynnej mającej rejestrację tylko za granicą, szpital lub lekarz prowadzący leczenie poza nim musi uprzednio przedstawić Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zapotrzebowanie na piśmie.

Zgodnie z rozporządzeniem zabrania się wprowadzania do obrotu, bez konieczności uzyskania pozwolenia, leków sprowadzanych z zagranicy, w przypadku których:

- Minister Zdrowia wydał decyzję o odmowie wydania pozwolenia, odmowie przedłużenia okresu ważności pozwolenia,
- zawierających tę samą lub te same substancje czynne, tę samą dawkę i postać, co produkty lecznicze, które otrzymały pozwolenie.

Zarówno podmiot leczniczy, jak również lekarz prowadzący, wystawiając zapotrzebowanie na lek dołącza do dokumentacji informację dotyczącą choroby pacjenta. Do dokumentacji medycznej dołącza informację o wystawieniu zapotrzebowania na lek, podając nazwę, postać farmaceutyczną, dawkę i sposób dawkowania produktu leczniczego, okres kuracji z zastosowaniem tego produktu oraz uzasadnienie zapotrzebowania.

Wniosek wystawiony przez lekarza prowadzącego leczenie w szpitalu podpisuje również kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital lub osoba przez niego upoważniona.

W przypadku, gdy zapotrzebowanie ma być realizowane dla więcej niż jednego pacjenta należy dołączyć listę zawierającą ich dane osobowe, obejmujące:

- imię i nazwisko,
- wiek,
- adres miejsca zamieszkania,
- numer PESEL,
- ilość produktu leczniczego przeznaczonego dla danego pacjenta.

Kolejnym etapem potwierdzenia zasadności wystawionego zapotrzebowania, w zależności od tego czy wniosek składa szpital czy pacjent (leczenie poza szpitalem) jest:

- **szpital** – skierowanie zapotrzebowania do konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny, właściwego ze względu na miejsce siedziby podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, albo konsultanta krajowego z danej dziedziny medycyny;
- **pacjent albo osoba przez niego upoważniona** (zapotrzebowanie wystawiane przez lekarza prowadzącego leczenie poza szpitalem) – skierowanie zapotrzebowania do konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, albo konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny, właściwego ze względu na miejsce leczenia pacjenta, albo konsultanta krajowego z danej dziedziny medycyny.

Każdy szpital, hurtownia farmaceutyczna oraz apteka ma obowiązek prowadzić ewidencję sprowadzanych z zagranicy leków. Obejmuje ona następujące dane:

HURTOWNIA	SZPITAL	APTEKA	
		Apteka ogólnodostępna	Apteka szpitalna, zakładowa, dział farmacji szpitalnej
nazwę produktu leczniczego	imię i nazwisko lekarza wystawiającego zapotrzebowanie	imię i nazwisko lekarza wystawiającego zapotrzebowanie, a w przypadku gdy wystawiającym zapotrzebowanie jest szpital – jego nazwa i adres	
nazwę powszechnie stosowaną, jeżeli taka występuje	nazwę produktu leczniczego	nazwę produktu leczniczego	nazwę produktu leczniczego
postać farmaceutyczną	nazwę powszechnie stosowaną, jeżeli taka występuje	nazwę powszechnie stosowaną, jeżeli taka występuje	nazwę powszechnie stosowaną, jeżeli taka występuje
dawkę	postać farmaceutyczną	postać farmaceutyczną	postać farmaceutyczną
nazwę i kraj wytwórcy	dawkę	dawkę	dawkę
kraj, z którego jest sprowadzany produkt leczniczy	ilość produktu leczniczego	nazwę i kraj wytwórcy	nazwę i kraj wytwórcy
ilość produktu leczniczego	numer serii	kraj, z którego jest sprowadzany produkt leczniczy	kraj, z którego jest sprowadzany produkt leczniczy
numer serii	numer potwierdzenia nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia umieszczony w części B zapotrzebowania	ilość produktu leczniczego	ilość produktu leczniczego
numer potwierdzenia nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia umieszczony w części B zapotrzebowania	datę sprowadzenia produktu leczniczego	numer serii	numer serii
cenę zakupu	datę wpływu zapotrzebowania	numer potwierdzenia nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia umieszczony w części B zapotrzebowania	numer potwierdzenia nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia umieszczony w części B zapotrzebowania
cenę sprzedaży	–	cenę zakupu	cenę zakupu
datę sprowadzenia produktu leczniczego	–	datę sprowadzenia produktu leczniczego	datę sprowadzenia produktu leczniczego
nazwę i adres apteki ogólnodostępnej, adres apteki szpitalnej, apteki zakładowej albo działu farmacji szpitalnej, przekazujących zapotrzebowanie	–	datę wpływu zapotrzebowania	–
datę wpływu zapotrzebowania	–	–	–

Na podstawie opisanej w tabeli ewidencji, hurtownia farmaceutyczna przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zestawienie sprowadzonych z zagranicy produktów leczniczych, obejmujące dane opisane w tabeli w kolumnie „Hurtownia”.

Konsultant po otrzymaniu zapotrzebowania wydaje decyzję (pozytywną lub negatywną) nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania zapotrzebowania. Potwierdzone przez konsultanta dokumenty, szpital bądź pacjent przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później, niż w terminie 60 dni od dnia jego wystawienia, pod rygorem utraty ważności zapotrzebowania.

Zapotrzebowanie może być przekazane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia faksem lub za pomocą innych środków komunikacji elektronicznej przez elektroniczną skrzynkę podawczą.

W takim przypadku oryginał musi być dostarczony do ministerstwa w terminie 5 dni od dnia jego przekazania.

W sytuacji gdy Minister Zdrowia ma wątpliwości, czy nie zachodzą okoliczności takie jak:

- na wnioskowany preparat wydano decyzję o odmowie wydania pozwolenia, odmowie przedłużenia okresu ważności pozwolenia, cofnięcia pozwolenia, oraz
- wnioskowany preparat zawiera tę samą lub te same substancje czynne, tę samą dawkę i postać co produkty lecznicze, będące w obrocie na terytorium kraju,

może wystąpić do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w celu wydania opinii. Prezes udziela odpowiedzi w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw zdrowia.

Do 21 dni od dnia otrzymania zapotrzebowania minister zdrowia na wystawionym zapotrzebowaniu potwierdza powyższe okoliczności oraz nadaje kolejny numer porządkowy. W regulaminowym czasie zwraca się potwierdzone zapotrzebowanie:

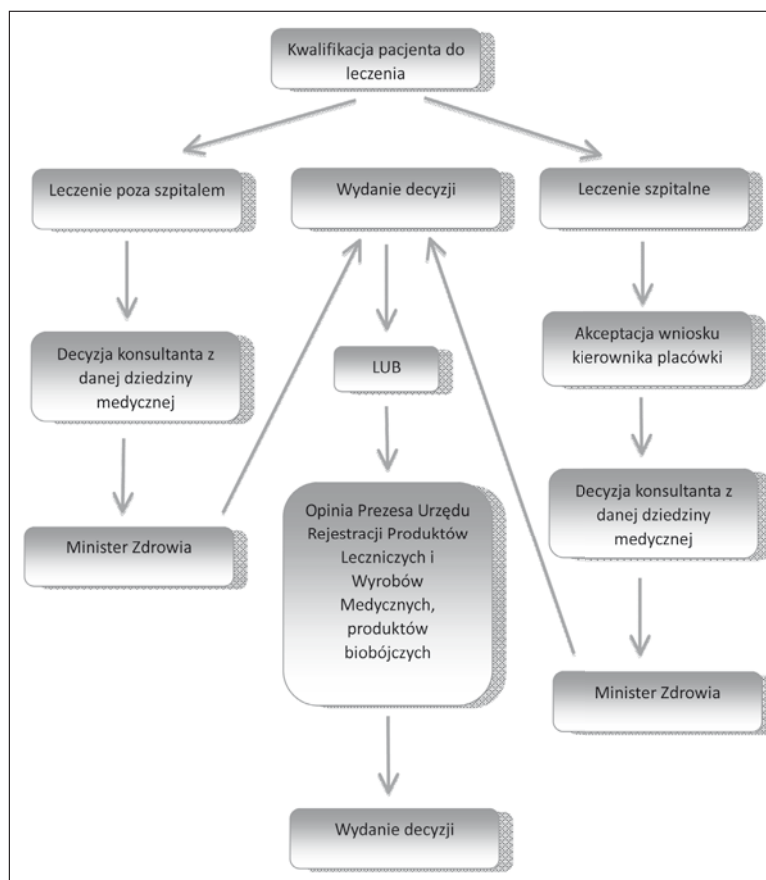
- szpitalowi, w przypadku gdy wystawiającym zapotrzebowanie jest szpital;
- pacjentowi albo osobie przez niego upoważnionej, w przypadku gdy wystawiającym zapotrzebowanie jest lekarz prowadzący leczenie poza szpitalem.

Potwierdzone zapotrzebowanie w terminie do 60 dni od dnia potwierdzenia przez Ministerstwo Zdrowia musi zostać skierowane do hurtowni farmaceutycznej. Jeżeli wniosek wystawił szpital, kieruje on to zapotrzebowanie do hurtowni farmaceutycznej za pośrednictwem apteki szpitalnej, apteki zakładowej albo działu farmacji szpitalnej. Jeżeli natomiast wystawiającym jest lekarz prowadzący leczenie poza szpitalem, pacjent albo osoba przez niego upoważniona zapotrzebowanie kierowane jest do hurtowni farmaceutycznej za pośrednictwem apteki ogólnodostępnej.

Finansowanie terapii pacjentów z zastosowaniem procedury importu docelowego produktów leczniczych

Finansowanie terapii leży po stronie szpitala (w przypadku pobytu pacjenta np. w oddziale) lub po stronie pacjenta. Zgodnie z zasadami refundacji określonymi ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696 z późn. zm.) zarówno szpital, jak i sam pacjent ubiega się o refundację preparatu pochodzącego z importu docelowego. Wypełniony dokument należy złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia.

Podsumowując, warto zwrócić uwagę na poniższy diagram. Przedstawia on ścieżkę postępowania z dokumentacją importu docelowego danego leku dla jednego lub grupy pacjentów.



Mec. Rafał P. JANISZEWSKI
(specjalnie dla Biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej)

ODESZLI OD NAS

LEK. DENT. ROMAN ŁANIA

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 17.08.2016 r. zmarł lekarz dentysta, specjalista z protetyki stomatologicznej **Roman ŁANIA**.

W 1955 r. ukończył Śląską Akademię Medyczną i otrzymał Dyplom Lekarza Dentysty. W Warszawie 21.05.1974 r. uzyskał specjalizację II z zakresu protetyki stomatologicznej.

Pracę zawodową rozpoczął w 1956 r. w Jasienicy Dolnej, pracując w Wiejskim Ośrodku Zdrowia, dodatkowo Doktor leczył pacjentów w Przychodni Powiatowej w Nysie.

Od 01.10.1967 r. do 31.12.1999 r. pracował w ZOZ Prudnik. Od 01.01.2000 r. do 21.08.2010 r. pracował w NZOZ „Centrum Stomatologicznym” Sp. z o. o. w Prudniku. Podczas całej swojej pracy szkolił wielu lekarzy dentystów, poświęcając im swój cenny czas. Nauczył zasad etyki i prawidłowych relacji z pacjentami.

Żegnamy cenionego lekarza, szanowanego nauczyciela, dobrego człowieka, kochanego przez wielu przyjaciela.

Lekarze dentyści z Prudnika

Post EULAR & ACR to konferencja, podczas której zaprezentowane zostaną najnowsze i najbardziej interesujące doniesienia dotyczące patogenez, diagnostyki i leczenia najczęstszych chorób reumatycznych, przedstawione podczas dwóch największych na świecie konferencji reumatologicznych: EULAR 2016 i ACR 2016.

Termin: 2–3 grudnia 2016 r.

Miejsce: IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3, Poznań

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Organizator: Wydawnictwo Termedia
Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Biuro organizacyjne: Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl

LeczBól.pl

„Jakość opieki polega na tym, by nasilenie bólu mierzyć i leczyć”

*Dr James Campbell
Przewodniczący Amerykańskiego
Towarzystwa Bólu*

Szanowni Państwo,

Zapraszamy do udziału w kursach e-learning na temat leczenia bólu.

„Ostry ból pooperacyjny” – ukończenie kursu zalicza wymóg szkoleniowy do uzyskania certyfikatu Szpital bez bólu

„Ból przewlekły” – Akredytacja Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

Kursy skierowane są do lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek i położnych oraz studentów medycyny.

SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów z dziedziny pediatrii w Oddziale Pediatrii, Oddziale Neonatologii i Poradni Patologii Noworodka. Kontakt: 77/406-25-55.

SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów:

- w dziedzinie ortopedii i chirurgii narządu ruchu w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym

- w dziedzinie chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgii Ogólnej

- w wymiarze 1 etatu (umowa o pracę lub kontrakt) oraz w zakresie pełnienia dyżurów (kontrakt). Kontakt: 77/406-25-55.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie informuje o wolnych miejscach specjalizacyjnych w dziedzinie chorób wewnętrznych i pediatrii, a także zatrudni lekarzy n/w specjalizacji:

- do pracy w oddziale: pediatrę, chirurga, anestezjologa

- do pracy w POZ: internistę, pediatrę, specjalistę medycyny rodzinnej

- do pracy w poradniach: laryngologa, stomatologa.

Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt pod numerem tel. 52/315-25-15 lub e-mail: sekretariat@mpcz.pl

Nowocześnie wyposażony **gabinet stomatologiczny w Brzegu** (woj. opolskie) zatrudni lekarza stomatologa na 2–3 dni w tygodniu. Duża baza pacjentów prywatnych. Możliwość kształcenia i rozwoju. Atrakcyjne wynagrodzenie. Kontakt pod numerami telefonu: 785-511-688 i 502-614-665.

Zatrudnię lekarza dentystę w prywatnym, nowoczesnym gabinecie stomatologicznym. Zapewniam pełną bazę pacjentów. Zainteresowanych proszę o kontakt pod numerem telefonu: 664-081-444.

Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Sp. z o.o. poszukuje do pracy **lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii**. Praca na Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej.

Preferowane osoby z certyfikatem psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia do certyfikatu. Zapytania, CV oraz oferty pracy proszę przysyłać na adres: sekretariat@ctn-moszna.pl

Jednostanowiskowy **gabinet stomatologiczny** oferuje umowę o pracę w wymiarze do uzgodnienia. Oferujemy stałe wynagrodzenie, pracę z doświadczoną asystą. Gabinet świadczy usługi z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją, stomatologii dziecięcej oraz chirurgii stomatologicznej (w ramach ogólnostomatologicznego kontraktu NFZ). **Fundacja Dom** tel: 77/474-32-80.

Praca dla stomatologa – Nysa, tel. 501-765-899.

Sprzedam lokal użytkowany jako **gabinet stomatologiczny** o pow. 32,5m² zlokalizowany w Głubczycach. Telefon kontaktowy 577-746-467.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30–15:30; środa 7:30–16:00; piątek 7:30–15:00

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego: tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

Prywatna, nowoczesna przychodnia stomatologiczna

**„Duodental s.c. A. Kulikowska-Dziewońska,
M. Zembik-Wojciechowicz”**

nawiąże współpracę

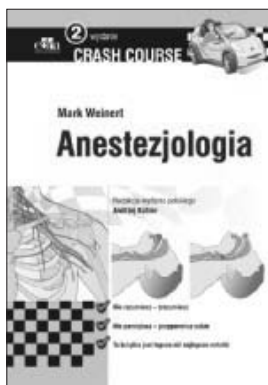
z lekarzem specjalistą ortodontą lub w trakcie specjalizacji z ortodoncją.

Praca 1–2 razy w miesiącu w Siechnicach, woj. dolnośląskie.

Warunki finansowe do uzgodnienia.

Więcej informacji pod nr tel.: 501-357-722, 509-838-755

Edra Urban & Partner
Sp. z o.o., 50-011 WROCŁAW,
ul. Kościuszki 29
 Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl, tel.: 42/680-44-09, fax:
 42/680-44-86



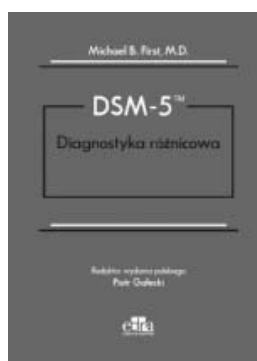
Anestezjologia Crash Course, M. Weinert, wyd. II, red. A. Kübler; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-47-2, format: 175 x 252, opr. broszurowa, 189 stron, cena: 39.60 zł (88 EUP pkt)

Książka przedstawia nie tylko anestezjologię kliniczną oraz intensywną terapię, ale także medycynę przypadków nagłych, leczenie bólu, a nawet wprowadzenie do medycyny paliatywnej. Jest to zakres wiedzy obejmujący szkolenie specjalistyczne w zakresie anestezjologii.

Publikacja ta będzie przydatna dla studentów dzięki jasności i zwięzłości zawartych w niej treści. Powinna być też interesująca dla przedstawicieli innych specjalności, którzy chcą poznać aktualną problematykę anestezjologiczną. Będzie to na pewno publikacja cenna dla rezydentów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii.

Bardzo istotną zaletą tej książki jest przedstawienie wiedzy niezbędnej dla pełnego wykształcenia anestezjologicznego na podstawie klasycznego kanonu „czterech nóg współczesnej anestezjologii”: znieczulenia, intensywnego leczenia, resuscytacji i leczenia bólu.

Wydanie drugie tej publikacji zostało po 8 latach poddane gruntownej aktualizacji i powinno posłużyć jako podstawa wiedzy zarówno dla studentów, jak i dla lekarzy.

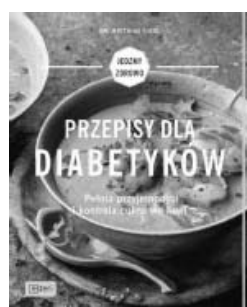


DSM-5. Diagnostyka różnicowa; M.B. First, rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-53-3, format: 180 x 255, opr. broszurowa, 348 stron, cena: 88.20 zł (196 EUP pkt)

Proces diagnostyczny wymaga umiejętności uzyskania informacji od pacjenta, rozpoznania objawów i ustalenia ich wzorca, określenia możliwych przyczyn oraz ostatecznego ustalenia odpowiedniej diagnozy. Doświadczeni specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego wiedzą, że rozpoznanie różnicowe jest sztuką, ale też złożoną umiejętnością naukową, dlatego chętnie sięgają po narzędzia, które je wspomagają.

DSM-5® Podręcznik diagnostyki różnicowej służy pomocą w rozwijaniu umiejętności niezbędnych do opracowania kompleksowego rozpoznania różnicowego. W książce przedstawiono rozmaite metody postępowania, w tym sześć etapów schematu diagnostycznego, 29 drzew decyzyjnych oraz 66 tabel diagnostyki różnicowej do wykorzystania po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Podręcznik opiera się na klasyfikacji DSM-5, ułatwia kodowanie i prezentuje wszystkie rozpoznania DSM-5, które należy wziąć pod uwagę przy opracowaniu diagnostyki różnicowej.

Publikacja DSM-5® Podręcznik diagnostyki różnicowej przedstawia podejście uwzględniające złożoność ludzkiej osobowości oraz użyteczność strukturalną klasyfikacji DSM-5. Będzie niezwykle przydatna dla wszystkich, którzy stoją przed tym zasadniczym wyzwaniem diagnostyki psychiatrycznej, jakim jest rozpoznanie różnicowe.



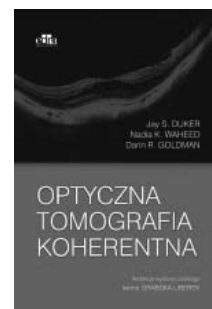
Przepisy dla diabetyków. Pełnia przyjemności i kontrola cukru we krwi, M. Riedl
Seria: Jedzmy zdrowo; 2016; ISBN: 978-83-65373-66-3, format: 167 x 206, broszurowa, 192 strony, cena: 38.40 zł (96 EUP pkt)

W książce czytelnik znajdzie wskazówki, jak cieszyć się życiem pomimo choroby. Autor opracował swoje przepisy na podstawie najnowszych badań z dziedziny medycyny i udowadnia, że diabetycy stosując odpowiedni sposób odżywiania, mogą rozkoszować się smakiem i najeść się do syta.

Najnowsze badania naukowe pokazują, że życie z cukrzycą nie jest już tak skomplikowane jak niegdyś i dlatego też osoby na nią chorujące, chcąc się odpowiednio odżywiać, nie muszą już przestrzegać dawnych nakazów żywieniowych.

Zebrane w tej książce przepisy są dowodem na to, że można przygotować wykwintne i świeże potrawy bez jakichkolwiek ograniczeń – warzywa, orzechy, tłuszcze najwyższej jakości, ryby i mięso są filarami współczesnej diety, i nie tylko tej przeznaczonej dla diabetyków. A najważniejsze jest to, że możesz pozbyć się zbędnych kilogramów i rozkoszować się smakiem. Jedzenie ma ogromny wpływ na nasze samopoczucie i dlatego to, co znajduje się na naszym talerzu, powinno być smaczne i sycące. Diabetycy mogą śmiało zaufać przedstawionemu w tej książce planowi odżywiania, ponieważ autor opracował go na podstawie wiedzy jednego z najbardziej wiodących lekarzy z dziedziny leczenia cukrzycy. Oprócz przepisów zamieszczono w książce najnowsze informacje dotyczące problematyki życia z cukrzycą na co dzień. Autor wyjaśnia w wstępie, jak bez lęku żyć z cukrzy-

cą i pełnymi garściami czerpać radość z życia.



Optyczna tomografia koherentna; J.S. Duker, N.K. Waheed, D.R. Goldman; wyd. I, red. I. Grab-ska-Liberek; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-42-7, format: 151 x 228, opr. twarda, 179 stron, cena: 71.11 zł, (158 EUP pkt)

Optyczna koherentna tomografia (OCT, optical coherence tomography) została odkryta w późnych latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku przez Jamesa Fujimoto i jego współpracowników. W 1996 r. technika ta została przejęta przez spółkę handlową, a wkrótce potem urządzenie zaczęło być sprzedawane komercyjnie. Obecnie śmiało można stwierdzić, że OCT jest jednym z najbardziej pomocnych badań w okulistyce i bezdyskusyjnie jednym z najważniejszych badań w diagnostyce siatkówki.

Mając na względzie to, jak ważne jest OCT w praktyce klinicznej, autorzy podręcznika skupili się na krótkim i przejrzystym omówieniu jednostek chorobowych, doskonałym materiale zdjęciowym i dobrze udokumentowanych objawach patologicznych



Kliniczna farmakologia okulistyczna; wyd. II, red. M.E. Prost, R. Jachowicz, J.Z. Nowak; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-

34-2, format: 168 x 238, opr. twarda, 570 stron, cena: 115.20 zł (256 EUP pkt)

Niniejsza książka została pomysłana jako całościowe opracowanie poruszające wszystkie aspekty leczenia chorób oczu. Czytelnik znajdzie w niej informacje dotyczące zasad stosowania leków do oczu, ich penetracji do tkanek oka, farmakokinetyki i farmakodynamiki. Omówiono również wady i zalety różnych postaci leków do oczu, działania niepożądane, interakcje i toksykologię leków, metody sporządzania leków recepturowych, podstawy prawne wystawiania recept, wpływ środków konserwujących na tkanki oczu.

Książka adresowana jest nie tylko do lekarzy okulistów, lecz także do farmaceutów, farmakologów i lekarzy innych specjalności leczących chorych, u których poza chorobą podstawową będą równocześnie występowały schorzenia narządu wzroku. Mogą z niej korzystać rezydenci w zakresie okulistyki, studenci farmacji i medycyny.

Prof. dr hab. n. med. Marek E. Prost



Chirurgia okulistyczna

G.L. Spaeth, H. Danesh-Meyer, I. Goldberg, A. Kampik
wyd. IV, red. J. Szaflik, J. Izdebska; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-56-4, format: 220 x 280, opr. twarda, 700 stron, cena: 255.60 zł (568 EUP pkt)

Chirurgia okulistyczna to podręcznik opracowany przez międzynarodową grupę znanych i renomowanych ekspertów. W książce przedstawiono najnowsze osiągnięcia w zakresie kluczowych technik operacyjnych z różnych podspecjalizacji okulistyki, w tym dotyczące leczenia zaćmy, schorzeń rogówki, zaburzeń refrakcji, jaskry, nieprawidłowości ciała szklistego i siatkówki oraz guzów narządu wzroku. Poruszono też zagadnienia chirurgii plastycznej i zabiegów w obrę-

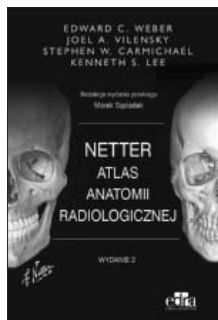
bie mięśni okoruchowych. Dzięki tak obszernej tematyce przedstawionej w publikacji pozwala ona uzyskać pewność działania na sali operacyjnej.

W książce:

- Omówienie poszczególnych procedur krok po kroku.
- Najważniejsze informacje z zakresu licznych technik chirurgicznych.

W nowym wydaniu:

- Część dotycząca chirurgii refrakcyjnej, w której przedstawiono najnowsze osiągnięcia w dziedzinie zabiegów laserowych, stanowiących obecnie standardowe postępowanie.
- Nowe opracowanie zawierające ponad 800 ilustracji w pełnym kolorze, uaktualnione i poprawione schematy, kolorowe ryciny i prezentacje procedur krok po kroku.
- Rozszerzony zespół redakcyjny, składający się z międzynarodowych specjalistów gwarantujących przedstawienie problemów chirurgii okulistycznej z perspektywy światowej.



Atlas anatomii radiologicznej, Netter; E. Weber, J.A. Vilenky, S.W. Carmichael, K.S. Lee; wyd. II, red. M. Sąsiadek; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-46-5, format: 151 x 228, opr. broszurowa, 550 stron, cena: 98.99 zł (220 EUP pkt)

Dzięki drugiemu wydaniu podręcznika Netter. Atlas anatomii radiologicznej nauka anatomii staje się naprawdę interesująca. Obrazy uzyskane w badaniach radiologicznych – takich jak rezonans magnetyczny, badanie ultrasonograficzne i tomografia komputerowa – zestawiono tu ze znakomitymi pracami mistrza ilustracji medycznych, dra Franka H. Nettera. Przedstawiono też kliniczne znaczenie omawianych struktur. Książka stanowi doskonale uzupeł-

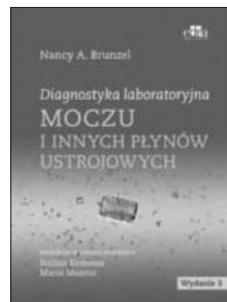
nienie Atlasu anatomii człowieka Nettera. Dzięki połączeniu obrazów radiologicznych i anatomicznych powstał zwięzły przewodnik, który ukazuje zaawansowane techniki obrazowania jako wspańskie narzędzie odkrywania anatomii żywego ludzkiego organizmu.

„Podręcznik ten doskonale przybliży zagadnienia dotyczące radiologii i jest nieodzowną pomocą dla studentów medycyny – którzy nie dysponują szeroką wiedzą z zakresu technik obrazowania, poza badaniem radiologicznym klatki piersiowej i jamy brzusznej. Będzie też cenną pozycją dla wielbicieli publikacji Nettera. To niezastąpione, zwięzłe źródło wiedzy z dziedziny radiologii” (TheMedicalStudent.co.uk, lipiec 2014 r.).

Zwięzły format i kolorowe oznaczenia, spójne z szóstą edycją Atlasu anatomii człowieka Nettera, pozwalają szybko przyswoić kluczowe informacje.

Warto przeanalizować idealne modele anatomiczne przedstawione na ilustracjach w zestawieniu z rzeczywistymi strukturami, które odzwierciedlono na radiologicznych obrazach anatomii prawidłowej i jej najczęstszych odmian.

Przedstawiając podstawowe informacje z zakresu radiologii, w tym rekonstrukcje i powszechnie stosowane skróty, podręcznik skutecznie porządkuje i poszerza wiedzę.



Diagnostyka laboratoryjna moczu i innych płynów ustrojowych; N.A. Brunzel; wyd. III, red. H. Kemon, M. Mantur; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-38-0, format: 215 x 276, opr. broszurowa, 475 stron, cena: 147.60 zł (328 EUP pkt)

„Należy podkreślić, że książka ta jest jedną z pierwszych publikacji w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej o tak przejrzystym układzie treści programowych oraz przystępnie podanej wiedzy. Mamy nadzie-

ję, że stanie się niezbędna studentom analityki medycznej i wydziału lekarskiego do zdobywania i pogłębiania wiedzy, a pracownikom laboratoriów – analitykom praktykom – będzie na co dzień przydatna w ich pracy zawodowej”.

prof. zw. dr hab. Halina Kemon

W publikacji m.in.:

- anatomia i fizjologia układu moczowego
- metody i techniki badania moczu i innych płynów ustrojowych (nasiennego, owodniowego, mózgowo-rdzeniowego, stawowego, opłucnowego, osierdziowego i otrzewnowego)
- opis badania kału
- analiza wydzieliny z pochwy oraz omówienie najczęściej występujących schorzeń ginekologicznych (bakteryjne zapalenie pochwy, kandydoza, rzęsistkowica)
- alfabetyczny słownik terminów naukowych
- Katalog obrazów osadu moczu pomocny podczas przeprowadzania badań mikroskopowych
- omówienie sposobów manualnego liczenia komórek w płynach ustrojowych za pomocą hemocytometru
- opisy przypadków
- bank pytań kontrolnych wraz z odpowiedziami



Konopie... dla wszystkich. Lecniczne zastosowanie marihuany; F. Firenzuoli, F. Epifani, I. Loiacono; red. J. Jarosz rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-71-7, format: 135 x 210, opr. broszurowa, 112 stron, cena: 21.60 zł (48 EUP pkt)

Zastosowanie konopi w medycynie to temat niezwykle aktualny. W książce *Konopie... dla wszystkich. Lecniczne zastosowanie marihuany* autorzy pragnęli przedstawić aktualny stan wiedzy na temat potencjalnego wykorzystania tej rośliny oraz korzyści wynikających z jej stosowania zarówno z punktu wi-

zdrowia, jak i komfortu pacjenta. Omawiają w niej również nowe perspektywy użycia konopi skonfrontowane z wynikami badań naukowych. Publikacja ta ma za zadanie przedstawić w sposób przystępny, jednakże z zachowaniem skrupulatnego podejścia naukowego, przejrzystą informację oraz rozpowszechnić wiedzę na temat konopi.

* * *



Stomatologia estetyczna. Zabiegi minimalnie inwazyjne; A. Banerjee, B.J. Millar; wyd. I, red. D. Borczyk; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-54-0, format: 210 x 275, opr. twarda, 337 stron, cena: 178.20 zł (396 EUP pkt)

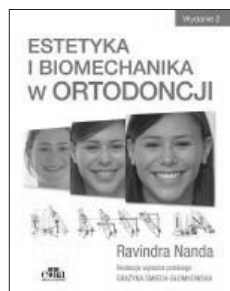
Stomatologia estetyczna to dziedzina, która na całym świecie szybko się rozwija, a jednocześnie stawia przed stomatologami wiele istotnych wyzwań. Prof. Avijit Banerjee stworzył podręcznik, którego celem jest zaznajomienie lekarzy praktyków z całą gamą małoinwazyjnych procedur stomatologicznych, aby mogli w bezpieczny sposób poszerzać zakres technik estetycznych stosowanych w swojej praktyce. Książka zawiera liczne ilustracje w pełnym kolorze. Przedstawia najistotniejsze problemy związane z zachowaniem struktury uzębienia i wykorzystaniem małoinwazyjnych procedur stomatologicznych. Szczegółowo omówiono tu wybielanie zębów, odbudowę z użyciem adhezyjnych kompozytów opartych na żywicach, a także zastosowanie technik małoinwazyjnych w uzupełnianiu brakującego uzębienia – metodą zarówno bezpośrednią, jak i pośrednią. W publikacji podkreślono, jak ważne dla spełnienia oczekiwań i realizacji celów jest dążenie do zachowania naturalnego uzębienia oraz żywotności miażdgi, a także skuteczna komunika-

cja między stomatologiem, współpracującym zespołem i pacjentem. Podręcznik z pewnością okaże się przydatny nie tylko dla początkujących lekarzy, ale także dla doświadczonych stomatologów, którzy chcą rozwijać swoje umiejętności.

Najważniejsze cechy:

- Uznani na świecie eksperci prezentują najnowsze oparte na faktach informacje o udowodnionej randze naukowej oraz uzupełniają je licznymi ilustracjami i fotografiami najwyższej jakości.
- W podręczniku szczegółowo omówiono wybielanie zębów, odbudowę z użyciem adhezyjnych kompozytów opartych na żywicach, a także zastosowanie technik małoinwazyjnych w uzupełnianiu brakującego uzębienia.
- Opisano, jak osiągnąć wysokiej jakości efekty estetyczne, minimalizując koszty biologiczne i uzyskując akceptowalną wytrzymałość biologiczną, bez długotrwałego uszczerbku dla jakości życia pacjenta.
- Książka stanowi wyzwanie dla tradycyjnego klinicznego podejścia do kwestii związanych z rozwijającą się dziedziną, jaką jest stomatologia estetyczna.
- Praktycznie zorientowaną zawartość i bogaty materiał ilustracyjny zamknięto w podręczniku o wyjątkowym formacie.

* * *



Estetyka i biomechanika w ortodoncji; R. Nanda; wyd. II, red. G. Śmiech-Słomkowska; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-39-7, format: 210 x 280, opr. twarda, 635 stron, cena: 237.60 zł (528 EUP pkt)

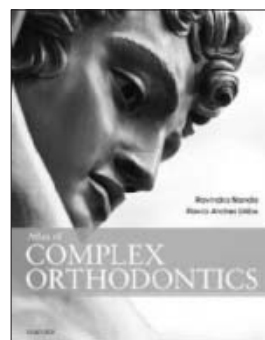
Jak poprawić wyniki estetyczne w leczeniu ortodontycznym? Publikacja jest źródłem najnowszej wiedzy z zakresu ortodoncji klinicznej.

Zawiera opisy metod diagnozowania i leczenia wad zgryzu oraz zasady planowania terapii w leczeniu ortodontycznym. Autorka w wyczerpujący sposób omówiła zagadnienia dotyczące doboru aparatów ortodontycznych, tak aby leczenie było optymalne i skuteczne, a efekty uboczne zminimalizowane.

W publikacji m.in.:

- nowatorska analiza zindywidualizowanej diagnostyki i doboru odpowiedniego leczenia ortodontycznego
- nowe spojrzenie na zasady mechaniki przemieszczania zębów
- zasady leczenia maską twarzową i protrakcji szczęki wspomaganych kortykotomią
- analiza sprawdzonych strategii i technik leczenia
- nowe informacje o zakotwieńniu kostnym i technologii miniimplantów
- omówienie krok po kroku przykładów innowacyjnego podejścia ortognatycznego wprowadzonego na uniwersytecie Sinno
- opisy przypadków zawierające fotografie, ilustracje i rentgenogramy ukazujące podstawy biomechaniczne i zasady leczenia ze szczególnym uwzględnieniem estetyki

* * *



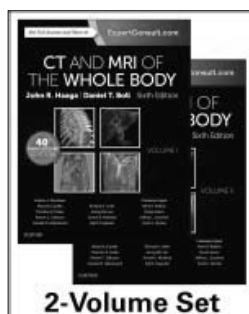
Atlas of Complex Orthodontics; R. Nanda, F.A. Uribe; wyd. I; rok wydania: 2016; ISBN: 9780323087100, format: 276 x 216, opr. twarda, 424 strony, cena: 621.00 zł (1380 EUP pkt)

Introducing the Atlas of Complex Orthodontics, a revolutionary new text with step-by-step instructions for treating today's toughest orthodontic cases. Over 1,500 full-color clinical photographs, radiographs, and illustrations present each phase of treatment in this

atlas-style guide, starting with the pre-treatment work-up, continuing through the treatment sequence, and ending with the final results. Drs. Ravindra Nanda and Flavio Uribe cover the latest techniques for managing moderate to severe orthodontic problems, including the use of temporary anchorage devices and the "surgery-first" orthognathic approach, to ensure you stay ahead of the curve in the ever-changing field of orthodontics.

Key Features

- A standardized, atlas-style presentation for each case takes you through the pre-treatment intraoral, extraoral, and smile analysis; the diagnosis and case summary (including the problem list and treatment plan); a brief discussion of the treatment options; the treatment sequence and biomechanical plan; and the final results.
- UNIQUE! Over 1,500 high-quality photographs, radiographs, and line drawings illustrate the stages of treatment for a wide range of complex orthodontic problems to help improve understanding.
- Discusses moderate to severe orthodontic problems, including: vertical problems; anterior-posterior problems; transverse problem; missing maxillary lateral incisors; impacted teeth; and surgical correction of dentofacial deformity.
- Multidisciplinary approach to treatment helps you draw appropriately from multiple disciplines, redefine problems outside of normal boundaries, and reach solutions based on a new understanding of complex situations.
- Coverage includes the "surgery-first" orthognathic approach (SFOA), a timesaving procedure in the combined orthodontic-surgical approach to selected cases of prognathism.
- Highly regarded lead author, Dr. Ravindra Nanda, is Chair, Department of Orthodontics at University of Connecticut and widely known in the field of orthodontics.
- Addresses the use of temporary anchorage devices (TADs) in correcting different types of malocclusion.

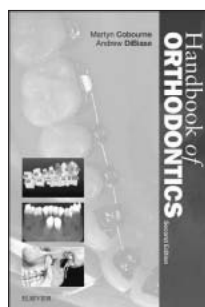


CT and MRI of the Whole Body, 2-Volume Set; J.R. Haaga, D. Boll; wyd. VI, język angielski; rok wydania: 2016; ISBN: 9780323113281, format: 276 x 216, opr. twarda, 2832 strony, cena: 1306.80 zł (2904 EUP pkt)

Now more streamlined and focused than ever before, the 6th edition of CT and MRI of the Whole Body is a definitive reference that provides you with an enhanced understanding of advances in CT and MR imaging, delivered by a new team of international associate editors. Perfect for radiologists who need a comprehensive reference while working on difficult cases, it presents a complete yet concise overview of imaging applications, findings, and interpretation in every anatomic area. The new edition of this classic reference – released in its 40th year in print – is a must-have resource, now brought fully up to date for today's radiology practice.

Key Features

- Includes both MR and CT imaging applications, allowing you to view correlated images for all areas of the body.
- Coverage of interventional procedures helps you apply image-guided techniques.
- Includes clinical manifestations of each disease with cancer staging integrated throughout.



Handbook of Orthodontics; M.T. Cobourne, A.T. DiBiase; wyd. II, język angielski; rok wydania:

2015; ISBN: 9780723438076, format: 234 x 156, opr. broszurowa, 584 strony, cena: 225.91 zł (502 EUP pkt)

The second edition of this popular textbook covers the theoretical basis and clinical practice of orthodontics, with particular focus on an evidence-based approach.

Characterised by a clear writing style and use of pedagogic features designed to make learning easy, the Handbook of Orthodontics 2e contains numerous 'pull-out' boxes to aid retention of key facts as well as highlighted essential references within the text to indicate the associated research. A useful detailed explanation of the key papers is also provided within the bibliography.

Exploring the concepts of occlusion and malocclusion, craniofacial development and postnatal growth, the Handbook of Orthodontics 2e explores orthodontic tooth movement, patient examination and diagnosis, and treatment planning – including the use of contemporary removable and fixed appliances. Chapters then explore the management of problems in the mixed and permanent dentitions in detail, as well as different treatment modalities, and orthognathic surgery. Cleft lip and palate, and common syndromes affecting the craniofacial region, are also included.

This new edition of the Handbook of Orthodontics is ideal for final year dental undergraduates, postgraduate orthodontic students and orthodontic therapists, as well as general dental practitioners with an interest in the field. Moreover, the layout makes it an ideal reference book for practitioners of all levels and experience.

Key Features

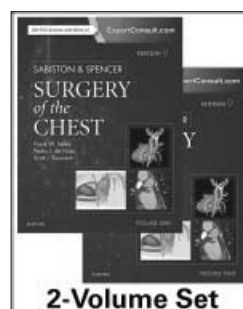
- Portable format makes the book ideal for use as an 'on-the-spot' quick reference
- Provides comprehensive coverage of clinical orthodontics ranging from diagnosis and treatment planning through contemporary removable and fixed appliances to cleft lip and palate
- Covers the scientific basis of orthodontics in detail with particular focus on embryology, craniofacial development, growth and the biology of tooth movement
- Presents over 500 illustrations and photographs – many previously

unpublished – to help explain and illustrate specific points

- Chapters fully updated throughout to reflect the recent advances in evidenced-based practice and new areas of knowledge, particularly in digital imaging, appliance systems and craniofacial biology

- Ideal for all members of the orthodontic community, ranging from junior post-graduate trainees to experienced practitioners

- Also suitable for senior dental undergraduates considering a career in orthodontics



Sabiston and Spencer Surgery of the Chest; F. Sellke, P.J. del Nido, S.J. Swanson; wyd. IX, język angielski; rok wydania: 2015; ISBN: 9780323241267, format: 275 x 215, opr. twarda, 2496 stron, cena: 1128.60 zł (2508 EUP pkt)

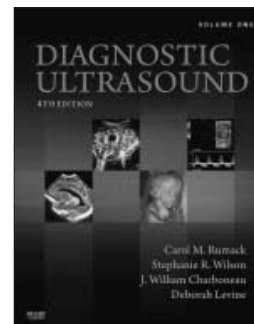
For complete, authoritative coverage of every aspect of thoracic and cardiac surgery, turn to the unparalleled guidance found in Sabiston and Spencer Surgery of the Chest, 9th Edition. Now in full-color for the first time, Drs. Frank W. Sellke, Pedro J. del Nido, and Scott J. Swanson's standard-setting two-volume set is meticulously organized so that you can quickly find expert information on open and endoscopic surgical techniques performed in the operating room. With its comprehensive coverage of thoracic as well as adult and pediatric cardiac surgery, this 9th Edition is an essential resource not only for all thoracic surgeons, but also for physicians, residents, and students concerned with diseases of the chest.

Key Features

- Find what you need quickly with short, focused chapters divided into three major sections: Adult Cardiac Surgery, Pediatric Cardiac Surgery, and Thoracic Surgery.
- Benefit from the knowledge and expertise of global experts who

provide a comprehensive view of the entire specialty.

- Master all of the most important current knowledge and techniques in cardiac and thoracic surgery—whether for specialty board review or day-to-day surgical practice.



Diagnostic Ultrasound, 2-Volume Set; D. Levine, C.M. Rumack, S.R. Wilson, J.W. Charboneau; wyd. IV, język angielski; rok wydania: 2016; ISBN: 9780323463416, format: 276 x 216, opr. twarda, 2192 strony, cena: 1140.30 zł (2534 EUP pkt)

Diagnostic Ultrasound, edited by Carol M. Rumack, Stephanie R. Wilson, J. William Charboneau, and Deborah Levine, presents a greater wealth of authoritative, up-to-the-minute guidance on the ever-expanding applications of this versatile modality than you'll find in any other single source. Preeminent experts help you reap the fullest benefit from the latest techniques for ultrasound imaging of the whole body...image-guided procedures...fetal, obstetric, and pediatric imaging...and more. This completely updated edition encompasses all of the latest advances, including 3D and 4D imaging, fetal imaging, contrast-enhanced ultrasound (CEUS) of the liver and digestive tract, and much more – all captured through an abundance of brand-new images. And now, video clips for virtually every chapter allow you to see the sonographic presentation of various conditions in real time!

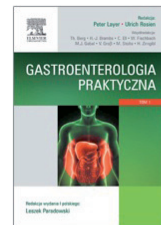
Key Features

- Compare your findings to approximately 5,000 outstanding imaging examples (1,150 in full color).
- Gain valuable diagnostic tips and insights from the most respected experts in the field.

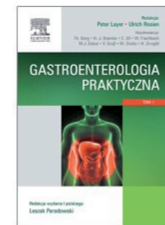
NOWOŚCI WYDAWNICZE



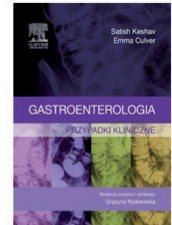
GASTROENTEROLOGIA



tom 1
69-~~zł~~ 44,10 zł



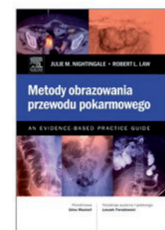
tom 2
69-~~zł~~ 44,10 zł



406-~~zł~~ 53,10 zł



89-~~zł~~ 44,10 zł

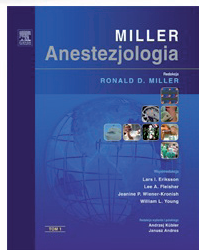


89-~~zł~~ 62,10 zł

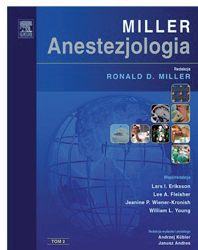


89-~~zł~~ 44,10 zł

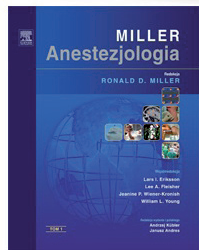
ANESTEZJOLOGIA



TOM 1
369-~~zł~~ 224,10 zł



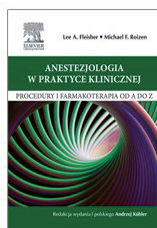
TOM 2
379-~~zł~~ 224,10 zł



TOM 3
379-~~zł~~ 224,10 zł



249-~~zł~~ 98,10 zł

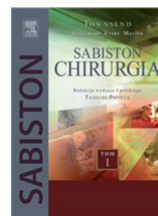


229-~~zł~~ 89,10 zł

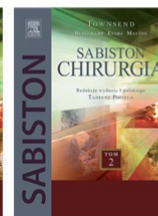


79-~~zł~~ 44,10 zł

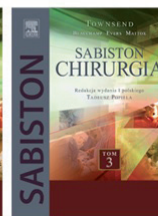
CHIRURGIA



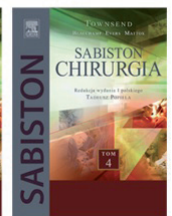
tom 1 - 99-~~zł~~



tom 2 - 99-~~zł~~



tom 3 - 99-~~zł~~



tom 4 - 409-~~zł~~

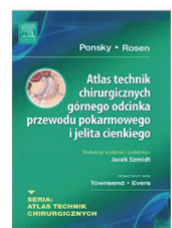
nowa cena każdego tomu - 53,10 zł



149-~~zł~~ 89,10 zł



119-~~zł~~ 53,10 zł



119-~~zł~~ 53,10 zł

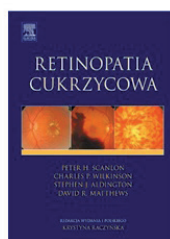
OKULISTYKA



79-~~zł~~ 53,10 zł



164-~~zł~~ 89,10 zł



159-~~zł~~ 53,10 zł



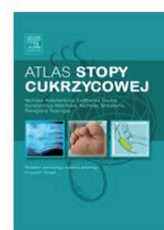
89-~~zł~~ 44,10 zł



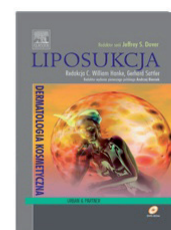
79-~~zł~~ 53,10 zł



89-~~zł~~ 44,10 zł



119-~~zł~~ 71,10 zł



99-~~zł~~ 71,10 zł



X CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

UDZIAŁ ZAPOWIEDZIELI:
ELEKTRYCZNE GITARY - JACEK BORKOWSKI
ŻUKI – JOACHIM PERLIK

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE 4 LUTY 2017 GODZ. 20:00

CO MIESIĄC LOSOWANIE ATRAKCYJNYCH NAGRÓD!
POTWIERDŹ SWÓJ UDZIAŁ, A JEDEN Z WEEKENDÓW SPA
W SŁONECZNYM ZDROJU **** Hotel Medical Spa & Wellness
MOŻE BYĆ TWÓJ!

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE MOŻNA UZYSKAĆ DZWONIĄC POD NR:
22 542 83 02, 512 992 773 LUB DROGĄ MAILOWĄ proseniore@oilwaw.org.pl